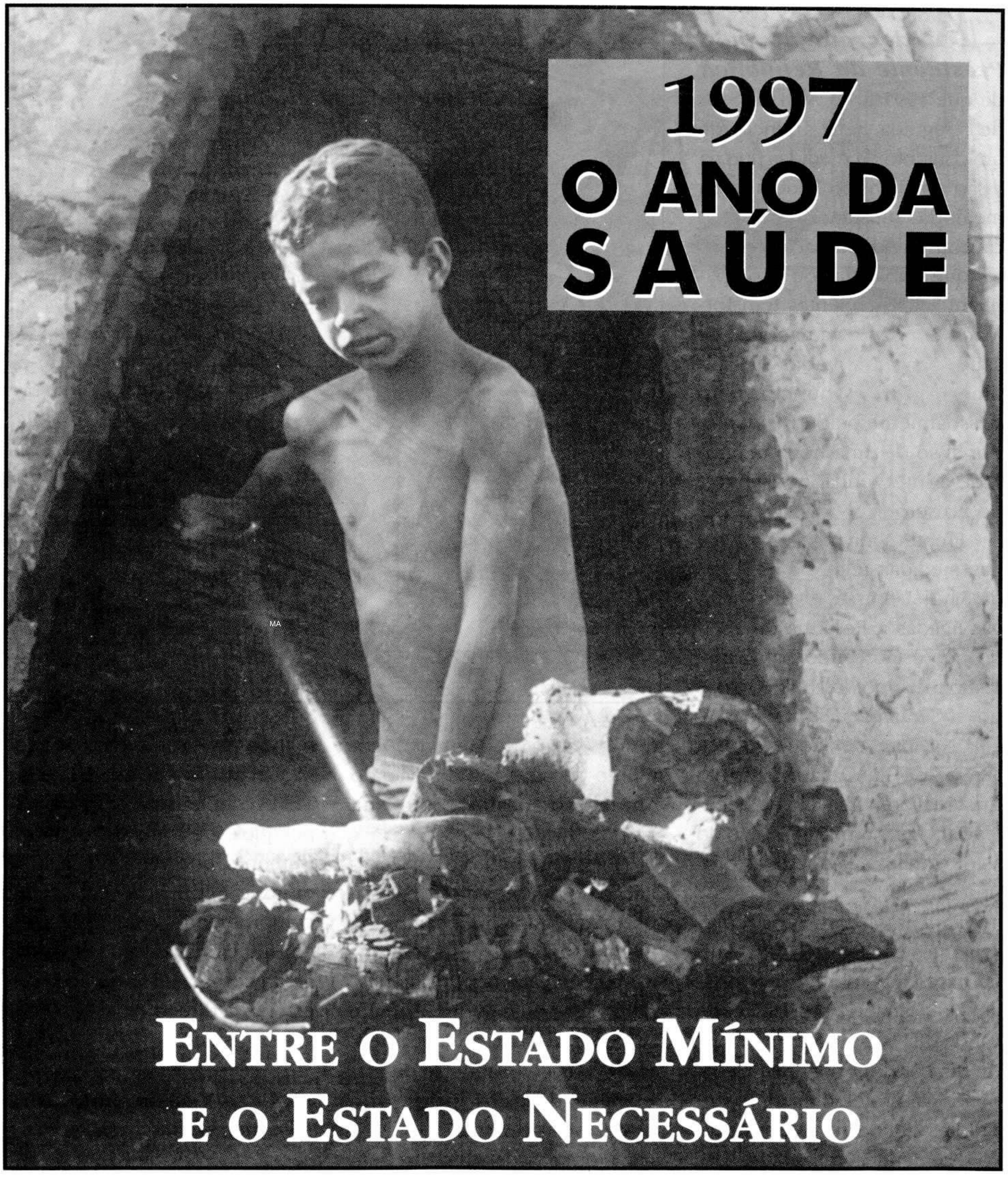
FIOCRUZ

Cruz

RADIS

Nº 14 • Julho/97



APRESENTAÇÃO

*Álvaro Nascimento **

A *decretação pelo Presidente da República* de que 1997 é "O Ano da Saúde", seguida pelo anúncio de um conjunto de medidas que na visão do Governo Federal trará melhorias substanciais ao setor, causou grande impacto naqueles que trabalham ou acompanham as permanentes transformações na política nacional de saúde implementadas nos últimos anos. O anúncio, feito pessoalmente pelo Presidente, por si só dá uma nova magnitude à intervenção do Governo no setor.

Frente à divulgação oficial das medidas relativas ao "Ano da Saúde" e à série de iniciativas ligadas à Reforma do Estado que estão sendo patrocinadas ou defendidas pelo Governo, o Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz realizou um ciclo de debates para fazer um diagnóstico do setor e analisar as medidas propostas.

Para isso, convidou representantes do Ministério da Saúde para falar sobre a proposta, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), parlamentares historicamente ligados ao setor, economistas, professores e pesquisadores do tema, com o objetivo de entender a magnitude das mudanças contidas no documento de objetivos e metas do Ministério, assim como sua aplicabilidade.

Para tornar mais clara a avaliação dos leitores do RADIS sobre a questão, publicamos na íntegra (ao final desta edição) as "Ações e Metas Prioritárias" divulgadas pelo Ministério, que serviram de base ao lançamento do "Ano da Saúde" e de instrumento de análise pelos participantes dos debates.

A opinião destes setores em relação ao assunto é o que motiva e justifica a edição desta TEMA, que busca cumprir o papel que cabe ao Radis como instrumento que reúne, analisa e difunde informação em saúde, comprometido com a garantia constitucional de que a saúde, assim como a informação sobre ela, é um direito de todos e dever do Estado.

***Álvaro Nascimento** é Coordenador e Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.*

O SUS E A REFORMA DO ESTADO

O ESTADO QUE A SAÚDE PRECISA

O anúncio de um plano de objetivos e metas traz uma nova realidade para a área da saúde, que há muito tempo não possui um documento formal sobre a política nacional do setor.

A afirmação é do Professor e Presidente do Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Marchiori Buss, em relação ao recente plano anunciado pelo Governo Federal para a área da saúde.

Ao analisar as iniciativas do "Ano da Saúde", Paulo Buss disse que "até agora o que tínhamos era uma série de iniciativas isoladas e não a explicitação de uma política, seja ela boa ou má". Segundo ele, a simples postura de colocar no papel um projeto para a saúde "é um fato positivo":

- Frente ao documento assumido pelo Ministério da Saúde, o conjunto da sociedade pode e deve se posicionar, a exemplo do que nós da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, que temos um compromisso histórico em defesa da saúde, estamos fazendo agora.

Ele citou o exemplo da gestão Alceni Guerra - no Governo Fernando Collor - quando "o Ministro dizia que não competia a um órgão como a Fiocruz, a ele subordinado, discutir a sua política para o setor".

Em relação à reforma do Estado brasileiro e suas repercussões na área social, particularmente na saúde, Paulo Buss disse que "em todo o mundo, as sociedades rediscutem hoje o papel do Estado". Para ele, "desde a redemocratização do País, com o fim do regime autoritário, que esta discussão vem aflorando também no Brasil". Temas como a globalização da economia e a internacionalização do conhecimento, segundo ele, "são obrigatórios numa sociedade como a brasileira, que se aperfeiçoa dia a dia na busca de melhor qualidade de vida".

Para Paulo Buss, o desafio a ser enfrentado pelo conjunto de forças representativas dos diversos segmentos sociais está na contradição hoje colocada entre o que é Estado Mínimo e Estado Necessário:

- Hoje, a tese defendida pelo Plano de Objetivos e Metas do Ministério da Saúde se contradiz em alguns aspectos com a política que vem sendo implementada tanto pela Presidência da República quanto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado. A pergunta que nos fazemos é como fica o Sistema Único de Saúde neste Estado que o Governo Federal está redesenhando?

O Chefe de Gabinete do Mi-

nistério da Saúde, Alceu Alves da Silva, acha importante frisar que o documento lançado pelo Governo Federal "não é um plano, mas um conjunto de ações e metas prioritárias":

- Quem trabalha com planejamento sabe que iniciativas como esta vão se moldando de acordo com a realidade que se apresenta, afirma ele.

Para Alceu Alves da Silva "a reforma do Estado não pode ser vista fora de um contexto amplo de mudanças necessárias à busca da eficiência" da esfera pública de saúde.

Ele analisou alguns números que no seu entender são importantes para se entender a realidade do setor saúde no Brasil. Segundo Alceu Alves da Silva, o Ministério da Saúde possui um total de 227.951 servidores incluídos em sua folha de pagamento, sendo que 129.787 são ativos (com 72.553 trabalhando na própria estrutura do Ministério e 57.234 cedidos aos gestores municipais e estaduais do SUS) e 98.164 são aposentados e pensionistas.

Já em relação ao Orçamento do Ministério da Saúde, ele destaca que do total de R$ 20,2 bilhões destinados aos gastos de 1997, cerca de 62% (R$ 12,53 bilhões) estão destinados às despesas correntes com assistência ambulatorial e hospitalar; 22,5% (R$ 4,55 bilhões) serão gastos com pessoal e encargos; 9,5% (R$ 1,92 bilhão) com juros, encargos e amortização da dívida e 6% (R$ 1,21 bilhão) com investimento.

Ele ressaltou a importância do Ministério da Saúde "seguir uma estratégia estável e não mudá-la com muita freqüência", para que objetivos de curto, médio e longo prazo sejam perseguidos sem que se corra riscos de quebra de continuidade dentro das políticas de saúde.

"Frente ao documento assumido pelo Ministério da Saúde, o conjunto da sociedade pode e deve se posicionar, a exemplo do que nós da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, que temos um compromisso histórico em defesa da saúde, estamos fazendo agora".

Paulo Marchiori Buss
(Presidente do Centro de Estudos da Ensp/Fiocruz)

Para Alceu Alves da Silva, uma visão integradora das políticas de saúde com as ações desenvolvidas por outros ministérios é elemento essencial para se chegar à elevação da qualidade das políticas de promoção e assistência:

- O aumento do número de homicídios e de acidentes, por exemplo, que traz impacto direto no setor saúde, deve ser encarado dentro de uma estratégia interministerial, que envolva ministérios como os da Justiça, Transporte e outros cujas ações tragam impacto na saúde.

E citou a educação, saneamento, trabalho, reforma agrária e programas como o Comunidade Solidária como indispensáveis para esta integração.

Ele emumerou quatro grandes desafios a serem enfrentados pelo Ministério na busca de melhoria nas condições de saúde da população:

- Precisamos acelerar ao máximo a correta estratégia da descentralização das ações e reestruturação do Ministério da Saúde. Em segundo lugar, se faz urgente estabelecer um modelo permanente e estável de financiamento para o setor. A terceira prioridade é implementar um competente programa de fiscalização de gastos que trabalhe com análise de resultados. E, finalmente, é indispensável promover ações integradas de governo.

Alceu Alves da Silva prioriza três linhas de atuação do Ministério no bojo das propostas contidas nas ações do "Ano da Saúde":

- Vamos fortalecer a prevenção com ênfase no atendimento básico, investir na melhoria da qualidade dos serviços e organizar o que estamos chamando de mutirão social pela saúde.

Ele disse que logo ao examinar os gastos do Ministério, levantou que "havia uma grande concentração de recursos na atividade-meio, o que nos levou a tomar de cara medidas como o corte de 30% no orçamento de R$ 1 milhão, anteriormente destinados ao pagamento de diárias e passagens, que consideramos exagerado".

Em relação à definição de um modelo estável de financiamento, o Chefe de Gabinete do Ministro Carlos Albuquerque explica que "partindo do pressuposto de que iremos elevar no ano de 1998 para R$ 31,1 bilhões os gastos públicos com saúde, devemos nos preparar para chegar a isso sem contar com a CPMF, que termina ainda em 97".

Pelos cálculos contemplados nas ações e metas do Ministério, o Governo federal passará a gas-

"Precisamos acelerar ao máximo a correta estratégia da descentralização das ações e reestruturação do Ministério da Saúde. Em segundo lugar, se faz urgente estabelecer um modelo permanente e estável de financiamento para o setor. A terceira prioridade é implementar um competente programa de fiscalização de gastos que trabalhe com análise de resultados. E, finalmente, é indispensável promover ações integradas de governo."

Alceu Alves da Silva

(Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde)

tar R$ 20,3 bilhões com a saúde, enquanto os estados alocarão R$ 6,2 bilhões e os municípios R$ 4,5 bilhões. A expectativa, ainda segundo Alceu Alves da Silva, é que o setor privado gaste outros R$ 15 bilhões no setor.

Para chegar a isto, ele define como essencial a regulamentação das empresas que mantêm atividades na área dos planos, seguros-saúde e assemelhados, "com o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde do atendimento prestado aos segurados destes planos".

Alceu Alves da Silva defendeu o fim do que chamou de "irregularidade individual e coletiva", onde a população mais carente acaba sendo a mais sacrificada, na medida em que hoje o SUS gasta grande quantidade de recursos com o pagamento de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para pessoas que têm planos de saúde.

Para ele, "é necessário informatizar os cadastros para que se possa realizar uma checagem todas as vezes em que for efetuado um pagamento pelo Ministério da Saúde e caso o paciente tenha plano de saúde, o SUS deve ser ressarcido".

Para tornar este mecanismo eficiente, Alceu Alves da Silva propõe a implementação do Sistema Nacional de Auditoria, com sistemas específicos de controle financeiro.

Ele terminou defendendo a aceleração do processo de transferência de hospitais e ambulatórios que permanecem nas mãos do Governo Federal para estados e municípios, assim como as ações da Central de Medicamentos, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e da Fundação Nacional de Saúde.

Para o Professor Nilson do Rosário Costa, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, o maior desafio para se equacionar a crise no setor saúde está "na capacidade de introduzir inovações no sistema, de forma a torná-lo mais eficiente, preservando o direito à saúde".

Ele questionou as propostas que se baseiam na "restrição de cardápios" que visa tornar seletivo aos pobres as políticas sociais de Governo:

- As mudanças que estão sendo propostas no modelo assistencial criam uma orientação que favorece o estabelecimento de uma cesta básica voltada para os pobres. Isso é muito difícil de ser implantado no setor saúde, onde as necessidades estruturais voltadas para o cuidado curativo são dramáticas. Para este público, as chamadas ações básicas não resolvem a crise. Como podemos definir o que é básico com uma população como a nossa?

Para Nilson do Rosário, a segmentação das ações voltadas para "pobres" e "não pobres" representa uma "conduta regressiva", já que para ele "o Brasil tem buscado historicamente políticas sociais que visam a inclusão e não o contrário".

Ele defendeu a necessidade de uma análise mais profunda do impacto destas propostas em outros países e externou duas preocupações:

- Em primeiro lugar, temos de estar atentos para que as orientações normativas com impacto nas

"As mudanças que estão sendo propostas no modelo assistencial criam uma orientação que favorece o estabelecimento de uma cesta básica voltada para os pobres. Isso é muito difícil de ser implantado no setor saúde, onde as necessidades estruturais voltadas para o cuidado curativo são dramáticas. Para este público, as chamadas ações básicas não resolvem a crise. Como podemos definir o que é básico com uma população como a nossa?"

Nilson do Rosário Costa

(Professor da Ensp/Fiocruz)

políticas sociais não se subordinem pura e simplesmente às necessidades da estabilização econômica. Assim, a única variável a ser analisada não pode ser a diminuição do estado a qualquer preço, defende Nilson.

Além disso, ele se mostrou preocupado "com a segmentação de mercado que acaba sendo feita dentro das políticas públicas, que passam a se voltar para os chamados pobres, com a classe média saindo do universo de clientes, trazendo como conseqüência o fim do mecanismo de solidariedade".

Nilson do Rosário classificou o documento contendo as ações e metas do Governo Federal para a saúde como "tímido" e se revelou surpreso com a forma pela qual o Ministério da Saúde assumiu integralmente as teses defendidas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare) no que diz respeito à retirada do Estado de setores fundamentais, ressaltando, no entanto, que acha positiva "a criação de mecanismos de julgamento do bom governo e a introdução de instrumentos de avaliação de desempenho na esfera pública".

Para Antonio Ivo de Carvalho, Pesquisador do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, "o documento, que propõe uma gama de ações e metas para o setor saúde, na verdade reagrega uma série de iniciativas já colocadas há algum tempo".

Embora não apresente grande clareza estratégica, o documento, segundo ele, "nos estimula a traçar o debate num plano mais concreto, visando atualizar uma agenda para o SUS".

Considerou que para defender o SUS dos que o acusam de ser inviável, não basta repetir princípios gerais, é preciso "sair da defensiva de que a Reforma do Estado é contra o SUS e assumir que o SUS, ao contrário, necessita de uma ampla Reforma do Estado, só que não para diminuí-lo, e sim para torná-lo mais público".

"O Sistema único de Saúde nada mais é que uma ampla Reforma do Estado, não sendo, por isso, impossível de se viabilizar no conjunto de propostas formuladas para se redesenhar o Estado brasileiro".

Antonio Ivo de Carvalho
(Pesquisador da Ensp/Fiocruz)

Segundo ele, para isso a qüestão da eficiência do Estado é fundamental. "Não é possível enfrentar as desigualdades sem aumentar, e muito, a eficiência administrativa. O que não se pode aceitar é que, em nome da eficiência, através de cortes indiscriminados em gastos, se produza um agravamento da desigualdade.

Antonio Ivo defendeu que a qüestão da eqüidade seja um critério fundamental para se avaliar as propostas de financiamento do SUS, e não apenas o volume total de recursos. Considerou positivo que o documento apoiasse a PEC 169, do Deputado Eduardo Jorge (PT/SP), mas advertiu:

- A fixação de um orçamento federal de R$ 20 bilhões subordinado à lógica do contingenciamento põe em risco a proposta, assim como a possibilidade de se desviar recursos da seguridade social para outros fins. Mesmo com a aprovação da PEC 169, há o risco do novo modelo de financiamento proposto valer apenas para estados e municípios.

Em relação ao financiamento estável, Antonio Ivo classificou "de exigência imposta pelo bom senso" o ressarcimento ao SUS do atendimento prestado aos 40 milhões de brasileiros que hoje têm algum tipo de plano ou seguro-saúde.

Ele citou duas propostas aprovadas pela 10ª Conferência Nacional de Saúde como exemplos das dezenas de sugestões já colocadas sobre a mesa para assegurar o financiamento estável do setor saúde:

- Há propostas que vão desde considerar a fraude no SUS como crime hediondo, à supergenhosa proposição de abater do Imposto de Renda as contribuições feitas ao Fundo Municipal de Saúde. Como se vê, há vários caminhos para se chegar não apenas à elevação da quantidade de recursos como à eqüidade.

Antonio Ivo termina afirmando que "a Reforma do Estado não pode ser um processo de hegemonia de uma única visão de sociedade, nem pode correr o risco de se transformar apenas numa rearrumação burocrático-administrativa da máquina do Estado, pois o desafio está na implantação de uma agenda da solidariedade, que só conseguirá resgatar a imensa dívida social acumulada com um amplo leque de participação". ■

A SAÚDE E A REFORMA DA SEGURIDADE SOCIAL

REFORMAR A PREVIDÊNCIA OU CUMPRIR A CONSTITUIÇÃO?

- Nós, constituintes de 88, somos acusados de demagogos e irresponsáveis porque prometemos coisas e criamos benefícios que o País não poderia bancar. Isso é má fé porque a única área do Estado brasileiro onde a Constituinte e as leis posteriores previram arrecadação capaz de manter estas estruturas foi justamente na Seguridade Social, onde a arrecadação inclusive tem crescido a cada ano.

A opinião é do Deputado Federal Eduardo Jorge (PT-SP), um dos autores de emenda ao texto constitucional propondo uma reformulação na Previdência Social, que juntamente com a saúde e a assistência compõe a Seguridade.

Para ele, o texto constitucional elaborado em 1988 "rearrumou o Estado brasileiro, após o período de ditadura":

- Esta área foi relatada inicialmente pelo então Deputado Carlos Mosconi, depois pelo Almir Gabriel e finalmente por Mário Covas, todos sociais-democratas convictos.

Ao analisar a polêmica sobre o financiamento da Previdência, Eduardo Jorge é enfático: O Capítulo da Seguridade Social contido na Constituinte foi onde mais se avançou na definição de uma estrutura social moderna, democrática e de ampla inclusão dos vários segmentos que compõem a sociedade brasileira.

Segundo ele, "a arrecadação da Previdência, por incrível que pareça, foi definida por assistentes sociais, médicos e profissionais de saúde em geral, enquanto os chamados deputados economistas ficaram mais na área financeira e de tributos. E foi na área deles justamente onde houve estagnação ou queda de arrecadação. Nós, os chamados de demagogos, desenhamos um sistema que tem como resultado uma arrecadação crescente, enquanto os deputados economistas fracassaram em termos de financiamento do Estado a nível federal, estadual e municipal".

Eduardo Jorge explica como vê o déficit registrado no ano passado na Previdência:

- Como os chamados economistas mandam no Governo, sistematicamente assaltam a cesta de recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social para suprir o que

eles não foram capazes de fazer na Constituinte e em sucessivas reformas que tentaram financiar o restante do aparelho de Estado. O Governo entra no cofre onde estão os recursos da seguridade e desvia recursos para outras áreas. A Seguridade possui recursos previstos orçamentariamente para ela. Tem dificuldade, precisaria mudar alguma coisa? Sim. Mas na questão de financiamento ele é suficiente.

Ele diz que na área da Assistência Social, o grande avanço se registrou em 1993, quando foi feita a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), regulamentando o setor com a mesma lógica do SUS, calcada na descentralização.

O Deputado ressalta que "a área da saúde foi a primeira a ter uma lei regulamentadora, a 8.080, em 1990, depois complementada pela Lei 8.142/90". E diz que a Saúde tem tido problemas por causa da política de conter recursos da Seguridade e desviá-los para outras áreas:

- A Saúde acabou sendo a área mais afetada, porque na Previdência fica difícil mexer, porque a pessoa tem direito. Se não ganhar, recorre à Justiça e acaba ganhando. Na Saúde, como é um direito mais genérico, fica mais fácil reter, desviar, adiar, contingenciar. E por isso o SUS não avançou a ponto de se tornar um instrumento potencial de transformar outras áreas de políticas públicas. E nunca é demais lembrar que ele tem este potencial.

Para solucionar a crise de financiamento do SUS, Eduardo Jorge diz que "estamos realizando um grande esforço para fechar este buraco, assegurando recursos estáveis e constantes através da Proposta de Emenda Constitucional, a PEC 169, instituindo uma sub-vinculação dentro do orçamento da seguridade social, criando uma obrigação para que 30% do orçamento federal e 10% dos orçamentos de estados e municípios sejam destinados ao SUS".

Já na Previdência, ele reconhece que, em comparação com a saúde e a assistência, é a área onde a Constituinte menos avançou em termos de democratização e universalização:

- É verdade que avançamos ao trazer para os direitos previdenciários os trabalhadores rurais e as domésticas. Mas a Constituição e as legislações específicas mantiveram uma série de sistemas de previdência com direitos diferenciados, sem justificativa que não fosse a influência política de setores sociais determinados. Não enfrentamos a questão da desigualdade dos sistemas existentes.

Eduardo Jorge cita como problemas a serem enfrentados na reforma da Previdência "a mudança da composição etária do País, a mudança na formalização das relações de trabalho e o desemprego, que vem comprometendo o financiamento do sistema".

Ele diz que "a Previdência foi imprevidente, pois o que se tinha que guardar na época da acumulação foi toda gasta pelos seguidos governos em obras como a construção de Brasília e outras".

Para Eduardo Jorge "a Reforma é inegavelmente uma necessidade, discuti muito isso dentro do PT". Segundo ele, desde quando o Governo Collor propôs uma reforma, que na verdade rasgava a Constituição e acabou sendo rejeitada pelo Congresso, ele já via que mudanças eram necessárias:

- Em 93, às vésperas da eleição presidencial entre Fernando Henrique e Lula, fiz questão de apresentar a Proposta de Emenda Constitucional, cujas diretrizes fizeram parte do programa do Lula, para que não se dissesse depois, caso Lula fosse eleito, que nós não havíamos proposto estas mudanças.

Segundo ele, a proposta mantém a estrutura da Seguridade englobando Saúde, Assistência e Previdência e a gestão deixa de ser estatal, passando a ser o que chama de **social-pública,** com entidades de trabalhadores, empresários e aposentados dividindo com o Governo a responsabilidade pela gestão da Previdência:

- O Governo não reinaria mais absoluto.

Ainda segundo a proposta, seria criado um regime de aposentadoria básico, de caráter público e universal, que abrangeria todos os trabalhadores brasileiros, seja ele civil, militar, da iniciativa privada ou do setor público. Esta nova Previdência, na concepção de Eduardo Jorge, cobriria um teto para a aposentadoria de até 10 salários mínimos, porque segundo ele "seria um patamar seguro para que 90% dos trabalhadores não fossem obrigados a recorrer às previdências complementares".

Pela proposta, a partir de 10 salários mínimos, o trabalhador recorreria às previdências complementares pública, privada ou fundo de pensão. Mas onde setores que ganhassem acima de dez salários teriam que contribuir mais.

Para ele, outra questão a ser resolvida é a aposentadoria por tempo de serviço ou de contribuição:

- Minha idéia é reformular este benefício, condicionando o cálculo a três fatores: idade mínima, renda e tempo de contribuição. A lógica seria fortalecer o fator renda. Se eu sou um trabalhador rural ou uma empregada doméstica que ganha um salário mínimo, eu tenho uma exigência de tempo de contribuição e idade mínima menor. Se eu sou um trabalhador médio, que ganho dez salários mínimos, eu tenho tempo de contribuição e idade mínima maior. Se ganho R$ 4 mil ou R$ 5 mil, eu tenho tempo de contribuição e idade mínima maior ainda. Alguns criticam dizendo que isto é muito complexo. Mas será que com computador e uma fórmula matemática não

dá para se criar um mecanismo que calcule algo deste tipo?

Sobre as aposentadorias especiais, a proposta dele é revê-las e colocá-las numa Lei Complementar, "onde o critério técnico fosse soberano e não a força política de determinada categoria":

- Consolidaríamos numa Lei Complementar todas as profissões com riscos à saúde, para acabar com os absurdos e heterogeneidades que existem hoje nas chamadas aposentadorias especiais.

Ainda pela proposta, a aposentadoria por idade seria unificada, tratando homem e mulher de forma semelhante, com exceção da trabalhadora rural. Eduardo Jorge explica sua posição:

- A questão da dupla jornada não deve ser resolvida pela Previdência. Eu defendo uma tese de que se a mulher precisa de algum tipo de benefício especial pela dupla jornada não é na aposentadoria, mas na época em que ela está com filhos pequenos, seja com licença maior ou com redução de jornada para o casal na época em que tem o filho. Ela não deve ter o benefício quando já é avó.

Segundo Eduardo Jorge, as principais críticas a este modelo se concentram no fato de que ele é muito radical. Ele explica, no entanto, que há "duas chaves" que o fazem viável e que tornaria uma implantação sem traumas:

- A primeira chave é a transição de um sistema para outro. E a chave dois é a reforma do financiamento do Estado. Se eu estou diante de uma política pública que junta Saúde, Assistência e Previdência, eu só posso reformá-la repensando o financiamento como um conjunto, através de uma ampla reforma fiscal. Se eu não pensar nas duas reformas juntas, fico restrito a ter que cortar benefícios. Devemos fazer a reforma da Seguridade em conjunto com a reforma fiscal, equacionando o seu financiamento e determinando quem vai pagar por isto.

Ele diz que a transição de um sistema para outro é uma exigência das reformas radicais, que pedem certo grau de tolerância:

- Eu não estou num processo revolucionário. Logo, tenho que respeitar direitos adquiridos e ser mais tolerante, para conseguir fazer uma reforma profunda. Não podemos, como queria o Ministro Stephanes, promover mudanças abruptas e intempestivas, em função dos direitos adquiridos por algum trabalhador, até porque não foi ele nem sua família que pediu determinado benefício. Ele não pode, aos 50 ou 60 anos, de repente perder tudo. Por isso a transição deve ser gradual e democrática. E depois dizem que nós, do PT, é que somos violentos.

Eduardo Jorge lembra que esta proposta, apresentada antes da eleição de 94, se confrontou com a proposta do Governo e perdeu na Câmara dos Deputados:

- A proposta que "venceu", aprovada a fórceps, é um punhado de incoerências, onde se cortou o que era possível, às vezes da forma mais estapafúrdia, e se manteve a diferenciação entre militares e civis, servidores públicos e privados.

Passada a fase de confronto na Câmara, ele explica que o texto foi totalmente mexido pelo Senador Beni Veras (PSDB-CE) e comenta a última versão, a ser submetida a um debate com os ex-Ministros da Previdência, à Comissão de Justiça do Senado e finalmente seguirá para o Plenário.

Segundo Eduardo Jorge, "os servidores públicos ficam como estão, esperando que uma Lei no futuro altere a situação". Ele acha isso uma contradição, já que "um terço das aposentadorias que o Estado paga são para militares". Ele informa que os servidores civis são obrigados a ter 10 anos de serviço e cinco no cargo para se habilitar à aposentadoria integral, além de combinar idade mínima e tempo de contribuição. A aposentadoria proporcional é suprimida. Para os professores do ensino fundamental, que hoje têm direito a se aposentar com cinco anos a menos, a proposta de Beni Veras diz que os governos federal, estadual e municipal poderão diminuir estes cinco anos através de Lei.

Pela mesma proposta, termina a paridade entre ativos e inativos, que é substituída pela garantia de se manter o valor real dos vencimentos de quando ele sai da ativa. Se houver gratificações ou abonos destinados aos trabalhadores da ativa, isso não será repassado ao aposentado. O texto veta, também, a acumulação de mais de uma aposentadoria e fixa um teto, que será o mesmo da Reforma Administrativa, ainda não definido mas que causou muita polêmica entre deputados que defendiam um "extra-teto" de R$ 24.800,00 para parlamentares e juízes.

"Nós, constituintes de 88, somos acusados de demagogos e irresponsáveis porque prometemos coisas e criamos benefícios que o País não poderia bancar. Isso é má fé porque a única área do Estado brasileiro onde a Constituinte e as leis posteriores previram arrecadação capaz de manter estas estruturas foi justamente na Seguridade Social, onde a arrecadação inclusive tem crescido a cada ano."

Eduardo Jorge *(Deputado Federal - PT/SP)*

O texto de Veras implanta a cobrança de Imposto de Renda para os maiores de 65 anos, que hoje são isentos, assim como a contribuição previdenciária de quem já é aposentado. E veta a participação na Previdência Social dos servidores civis e militares que já possuírem regime próprio de previdência.

Além disso, a Previdência Complementar passa a ser exclusivamente privada, acabando com a possibilidade de se organizar uma Previdência Complementar pública, como prevê hoje a Constituição. O texto também determina que as contribuições do Governo para fundos de pensão das empresas públicas, autarquias, fundações e estatais não pode ultrapassar o nível de um para um, isto é, para cada real depositado pelo trabalhador, o Governo só poderá repassar valor equivalente.

Nas regras gerais, Veras suprime dispositivo que determina que o valor da aposentadoria seria calculado pelo salário recebido nos últimos três anos, o que segundo Eduardo Jorge "abre espaço para modificações artificiais no final da carreira, o que se tentou evitar na Constituição". Finalmente, Veras propõe que o homem passe a se aposentar apenas com 60 anos (35 de contribuição) e a mulher com 55 anos (30 de contribuição), tanto para servidores e celetistas.

Quando entra na transição, o texto propõe para quem já está no mercado de trabalho, seja trabalhador público ou privado, aposentadoria por tempo de contribuição levando em conta que o tempo de serviço atual será contado como tempo de contribuição, e que a partir da Lei, haverá outras regras, mais rigorosas. Para se ter direito à aposentadoria por tempo de contribuição, o trabalhador terá que ter idade mínima de 53 anos para o homem e 48 anos para a mulher, associados aos 35 anos de serviço (homem) e 30 anos (mulher). Se o trabalhador ainda não alcançou isso, o tempo que falta sofre um fator de acréscimo de 20%.

Eduardo Jorge cita um exemplo:

- Se você é mulher, tem 25 anos de serviço (logo, faltam cinco para alcançar os 30) e tem 48 anos, para se aposentar os seus cinco anos que faltam vão virar seis. Se um homem tiver 30 anos de serviço, faltando cinco para ter aposentadoria integral e ele tem 45 anos, ao invés de só trabalhar mais cinco para ter a aposentadoria, terá que trabalhar mais oito. No caso da proporcional, a lógica é mantida, só que o acréscimo é de 40%. Tanto um como outro, só aposenta com 53 e 48 anos.

Eduardo Jorge acha importante a proposta conter uma fase de transição, "neste aspecto é melhor que a proposta de Michel Temer aprovada na Câmara", mas diz que "é injusto que não se trate de forma diferenciada o trabalhador de baixa renda. Eu vou propor que se insira a questão da renda neste cálculo".

Ele critica no texto de Veras a ausência de propostas relativas à gestão da Previdência:

- Na Reforma aprovada na Câmara, conseguimos inserir uma gestão quadripartite, com a participação de trabalhadores, empresários, aposentados e Governo. O Governo, através do Senador Beni Veras, está retirando esse artigo, querendo manter a entrutura imperial estatal como é hoje, com o Estado mandando em tudo sozinho.

A proposta Veras permite, ainda, que os municípios revertam todo seu quadro de pessoal para o regime da CLT e ainda suprime o patamar da Previdência Pública de um a 10 salários mínimos, deixando a questão em aberto, o que segundo Eduardo Jorge "demonstra que o objetivo é o de achatar, não se sabe ainda para quanto".

Para o professor Aloísio Teixeira, da UFRJ, há dois problemas centrais a serem analisados quando se debate a reforma da Previdência, "o processo de reestruturação perverso, que decorre da política econômica recessiva do Governo, que incentiva o mercado de trabalho informal; e o baixo nível de consciência da sociedade em relação ao assunto".

Segundo ele, "vencido o processo constituinte, restaram poucos heróis defendendo o texto aprovado e a Constituição ficou órfã, já que o Congresso foi incapaz de defender o conceito da Seguridade". Para Teixeira, "corremos o risco de jogar pela janela a idéia moderna, ampla e justa de Seguridade sem nunca tê-la experimentado efetiva e radicalmente. Faremos uma reforma sem usar o conceito em sua integralidade".

Para o professor da UFRJ, "este não é o momento de se propor uma reforma da Constituição, mas o momento de se defender a Constituição". Ele diz que "se nos coubesse fazer a gestão do sistema de seguridade, dentro dos limites que a Constituição impõe, teríamos uma pauta imensa de medidas para melhorar a eficiência do sistema, com benefício para todos".

Teixeira afirma que "hoje, ao contrário do que ocorria há dez anos atrás na Constituinte, estamos defendendo posições contra aqueles que sempre representaram o atraso". Para ele, quando se discute Seguridade Social, está se falando de algo em desuso no mundo:

- Política social deixou de significar a criação dos instrumentos universais que marcaram as políticas de bem estar capitalista construídas no pós-guerra, passando a ser um discurso, uma ideologia, numa direção totalmente diversa dos direitos universais aos cidadão, baseadas exlusivamente em políticas seletivas, dirigidas a grupos específicos.

Ele vê a Reforma da Seguridade ligada à contradição vivida pelo capitalismo no mundo de hoje:

- A questão do emprego e a total desestruturação dos mercados de trabalho representam o calcanhar de Aquiles do capitalismo atual. Política de geração de emprego e renda, formação profissional, requalificação e programas de crédito popular são iniciativas que têm se revelado inteiramente incapazes de resolver o dramático problema do desemprego, que no caso do Brasil está virando uma condenação de nosso povo à miséria e ao atraso.

Ele acha que há um profundo desconhecimento na sociedade sobre a questão da Seguridade:

- Formou-se um consenso de que a reforma previdenciária é condição indispensável para que a sociedade brasileira consiga sobreviver. O Plano Real estaria em perigo, a estratégia de estabilização do Governo estaria ameaçada se a reforma não ocorresse. Só que isso não é verdade. Se pegamos os números da Previdência desde a promulgação da Constituição, vemos que ela honrou seus compromissos, e que a arrecadação previdenciária tem sido suficiente para pagar os benefícios que o sistema tem obrigação de pagar.

Ele diz que sua linha de raciocínio é oposta às previsões catastróficas que têm sido feitas em relação ao déficit da Previdência:

- Há economistas que usam o chamado modelo demográfico atuarial para especular sobre um déficit até o ano 2010. Uma das últimas previsões trabalha com quatro cenários: dois otimistas e dois pessimistas. Em todos os cenários eles chegam a um déficit de 3% do PIB no mais otimistas e de até 8% no mais pessimista. De um lado, estes economistas colocam a arrecadação sobre a folha e a Cofins; e de outro as despesas da Previdência. Eu remontei essas tabelinhas e coloquei de um lado a folha de salário e de outro as despesas com todos os benefícios. E em outra tabela, coloquei outras receitas e a despesa com Saúde e Assistência Social. E vi que nas projeções dos arautos da catástrofe em todos os anos a Previdência apresentava superávit, sendo o mais pessimista da ordem de 0,3% e o mais otimista chegava a 4%.

Ele próprio explica o porquê da discrepância entre os dois cálculos:

- O economista que realizou as previsões catastróficas vende consultoria e ganha dinheiro graças a elas.

Para Aloísio Teixeira, o problema do sistema previdenciário não é de natureza financeira:

- Os problemas começam com a Medida Provisória 935, editada no início do Governo Fernando Henrique Cardoso, estabelecendo o fim das datas fixas para depósito por parte do Governo dos recursos para a Previdência, fazendo com que o Governo passasse a usar os recursos como se fossem verba do Tesouro, financiando seu déficit, e fazendo com que só quando lhe for conveniente, transfira para o caixa da Seguridade Social os recursos que deveriam ser dela desde o primeiro dia do recolhimento.

Ele frisa que "os recursos da Seguridade Social, segundo a Constituição, não são recursos do Tesouro, mas da sociedade, que têm uma finalidade específica. No entanto, a motivação da MP 935 era o equilíbrio fiscal do Governo e controle do déficit das contas públicas".

Ele diz não ter problema em se definir como "um dinossauro, um jurássico, porque defendo uma Previdência Social pública e o sistema de Seguridade Social". E vai mais além:

- Nas circunstâncias atuais, onde estamos na defensiva política, abrir a luta pela Reforma da Previdência, só favorece àqueles que querem reformá-la no sentido errado. Por isso, sou um defensor da Constituição de 88.

Apesar disso, Teixeira reconhece que o sistema não é perfeito:

- Há problemas de manutenção de privilégios, problemas administrativos, de má gestão, de desperdício de recursos e outros de natureza policial na área de sonegação de contribuições. Mas acho que o principal problema não está aí, mas na política econômica desenvolvida pelo Governo Federal, que leva a uma redução constante do crescimento. Não é a mudança tecnológica, por mais importante que ela seja, a responsável pela crise, mas sim a implantação de um processo de reestruturação perverso, que decorre da política econômica recessiva, que incentiva o mercado de trabalho informal. É aí que está a causa principal dos problemas que a Seguridade enfrenta, inclusive do déficit do ano passado.

"A questão do emprego e a total desestruturação dos mercados de trabalho representam o calcanhar de Aquiles do capitalismo atual. Política de geração de emprego e renda, formação profissional, requalificação e programas de crédito popular são iniciativas que têm se revelado inteiramente incapazes de resolver o dramático problema do desemprego, que no caso do Brasil está virando uma condenação de nosso povo à miséria e ao atraso."

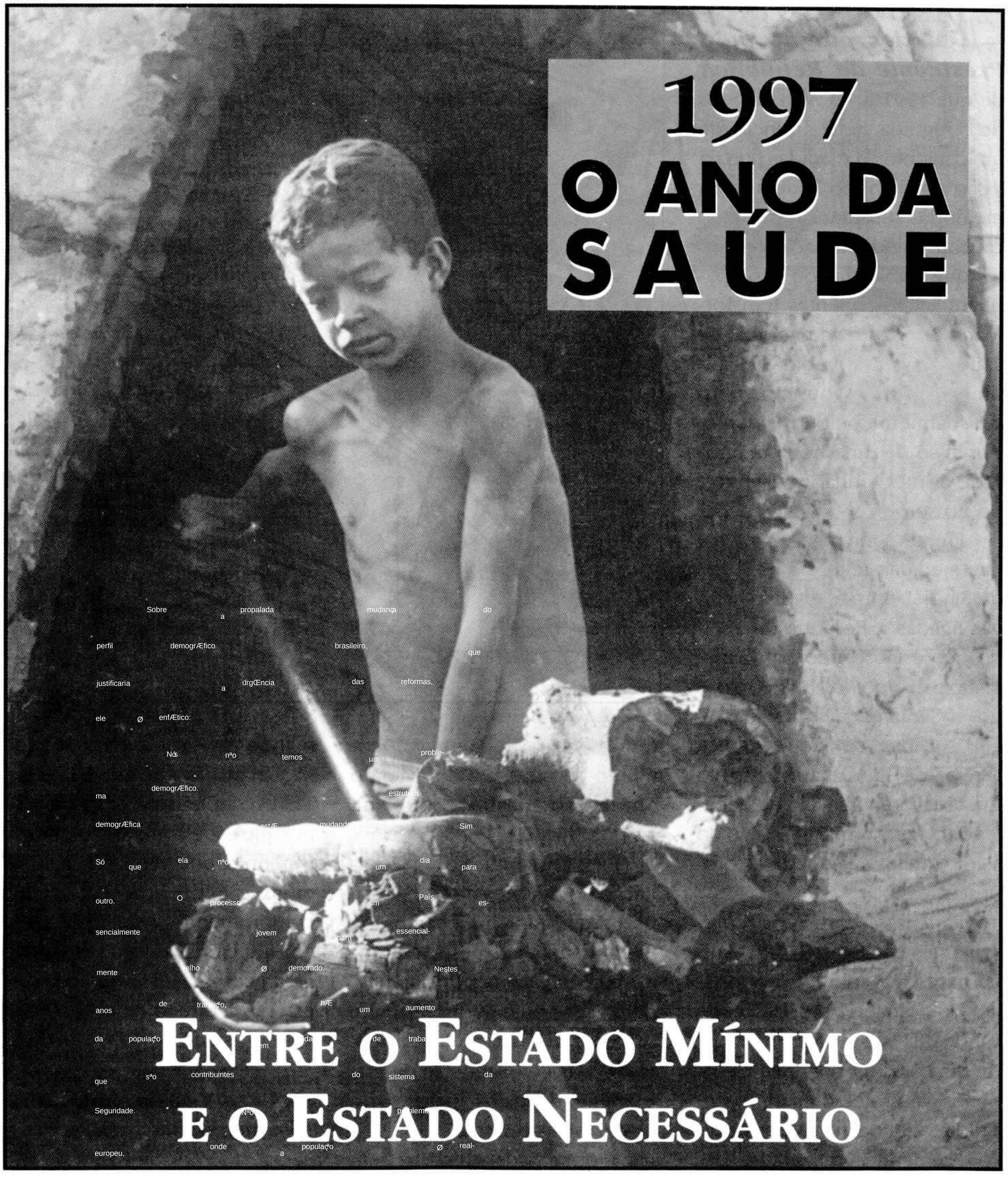
***Aloísio Teixeira** (professor da UFRJ)*

FIOCRUZ

Cruz

RADIS

Nº 14 • Julho/97



1997 O ANO DA SAÚDE

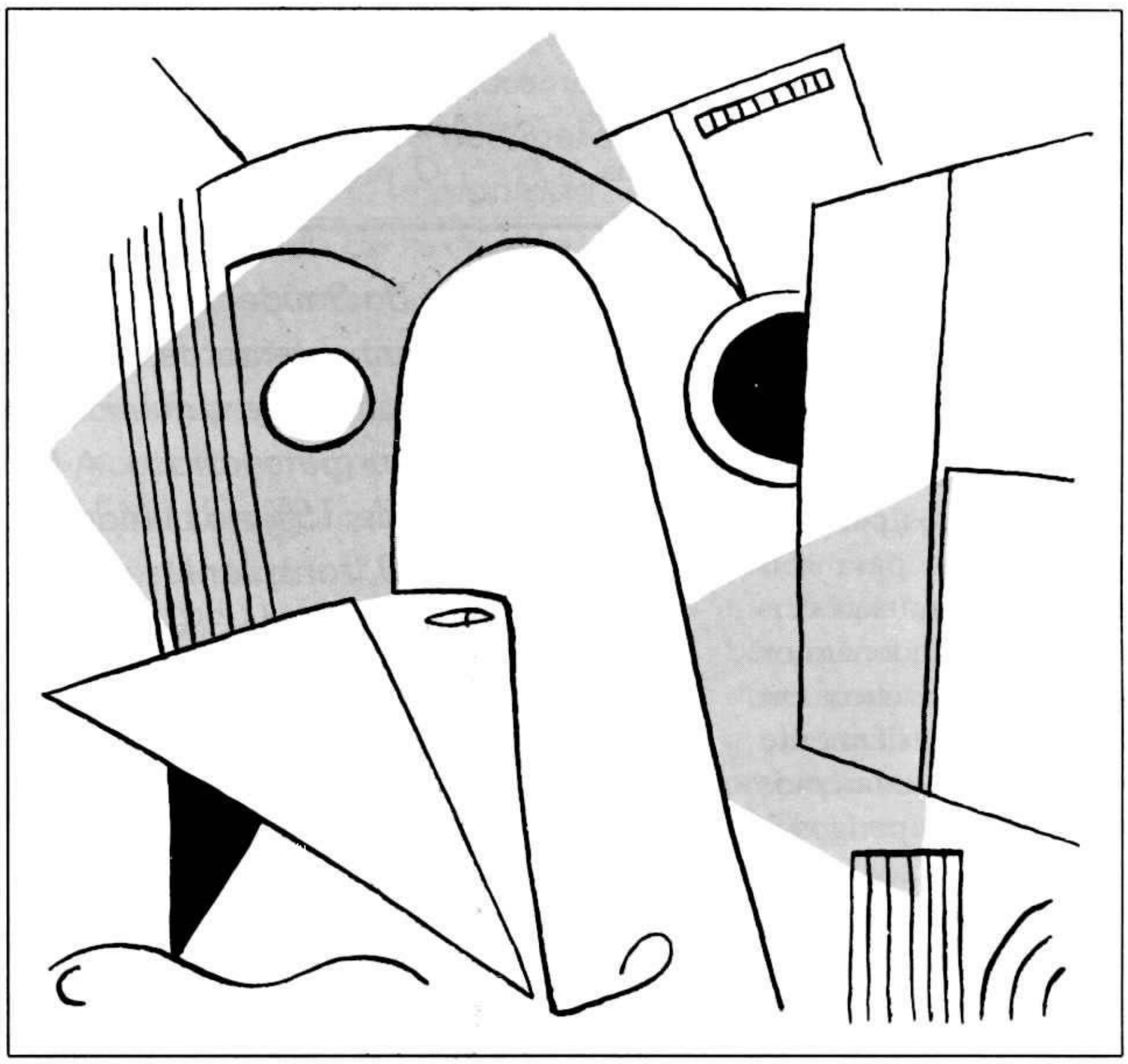
Sobre a propalada mudança do perfil demográfico brasileiro, que justificaria a urgência das reformas, ele é enfático:

- Nós não temos um problema demográfico. O problema é da estrutura demográfica que está mudando. Sim. Só que ela não muda de um dia para outro. O processo é um País essencialmente jovem para essencialmente velho é demorado. Nestes anos de transição, há um aumento da população em idade de trabalho que são contribuintes do sistema da Seguridade. Não é o problema demográfico europeu, onde a população é real-

ENTRE O ESTADO MÍNIMO E O ESTADO NECESSÁRIO

NOVAS TECNOLOGIAS E INSUMOS NO SUS

A Base Técnica Essencial à Política Nacional de Saúde



- O *processo de incorporação de novas tecnologias* pelo Sistema Único de Saúde tem que levar em consideração a multiplicidade de sistemas que caracteriza o SUS, que traz dentro de si desde as clínicas rurais de atendimento primário ao sofisticado aparato tecnológico dos hospitais de referência.

A opinião é do médico e professor do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, José Noronha, ao analisar os desafios da absorção das novas tecnologias pelo SUS.

Ele apontou a necessidade de se priorizar a criação de um núcleo de avaliação tecnológica na saúde:

O Ministério da Saúde tem a obrigação de articular um sistema de alto custo. É criminoso achar que o município vai solucionar a cirurgia cardíaca. A taxa de mortalidade é de 15% nas unidades que fazem até 50 transplantes por ano, enquanto a taxa é de 3% em centros como o Incor.

Para ele, a incorporação tecnológica está interligada ao financiamento do conjunto do sistema. E cita que o Ministério da Saúde tem como receita para este ano R$ 20 bilhões, ou cerca de US$ 125 per capita. Ao comparar o gasto por habitante no Brasil com o de outros países, Noronha demonstra a discrepância que existe:

- Segundo dados do Banco Mundial para 1998, os Estados Unidos gastarão US$ 2.763 per capita; o Canadá US$ 1.945; a França US$ 1.869; a Espanha US$ 831 e a Grécia US$ 383.

Segundo ele, "o mais barato dos planos de saúde não sai por menos de US$ 300 por ano. Assim, ou se excluem do atendimento parcelas importantes da população, ou limita-se, por alguma forma de racionamento, o elenco de benefícios prestados, ou põe-se em prática alguma combinação destas duas alternativas".

Noronha lembra que a Constituição assegura o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, o que deveria implicar em ampliação das oportunidades de atendimento. No entanto, diz ele, "a seletividade dos benefícios deveria se orientar para a maior necessidade, nada compatível com o racionamento de oferta praticado entre nós".

Ao analisar as recentes propostas que defendem o fim da universalidade no SUS, a implan-

tação do co-pagamento por parte do usuário e a destinação aos pobres apenas das ações tradicionais de saúde pública, como o combate às endemias, ele afirma que "abole-se o critério da atenção universal para introduzir o critério de renda como definidor do tipo de serviço a ser prestado e da população a ser atendida".

Para José Noronha, a proposta adquire maior gravidade se lembrarmos que a idéia da prevenção como redutora de gastos vale apenas para faixas etárias específicas:

- Quando evitamos uma paralisia infantil em uma criança e uma infecção intestinal, estamos permitindo que ela viva mais. E vivendo mais ela atingirá com maior probabilidade a velhice. Idoso, este cidadão necessitará de cuidados caros, para seu reumatismo, para seu infarto ou para seu derrame. Ao abandonarmos os argumentos éticos em favor dos estritamente econômicos, estaremos dando passos perigosos em direção a soluções radicais.

Sobre a inserção da atenção de alto custo no processo de descentralização do sistema, Noronha afirma que "para os cuidados simples" a descentralização é o passo mais lógico. Mas ele não acha que esta lógica serve para todo o sistema:

- Para os tratamentos mais caros, como o câncer, a cirurgia coronariana ou o transplante renal, é preciso centralizar, concentrar. Nestes casos, quem faz mais, faz melhor.

Ao defender o urgente estabelecimento de prioridades, Noronha diz que "os critérios de custo-efetividade devem ser introduzidos no sistema". E cita um exemplo:

- Em tempos de poucos recursos, é inconcebível que 14% das despesas com internação no SUS destinem-se ao tratamento em regime de internação de doentes mentais, quando as modernas técnicas recomendam o tratamento não-institucional. Ou que mais da metade dos recursos de atendimento ambulatorial destine-se a métodos diagnósticos.

Para ele, quando se fala em novas tecnologias no SUS, é necessário se derrubar três mitos sobre o sistema de saúde e índices de morbi-mortalidade:

- O primeiro mito diz respeito ao SUS como um sistema que seria único, o que não é verdade. Ele possui diversas modalidades dentro dele, sendo um sistema múltiplo. O segundo mito traz o dogma de que prevenir é mais barato que tratar. Na verdade, prevenir é mais caro, porque elevamos a expectativa de vida dos cidadãos. Logo, elevamos o gasto com saúde, na medida em que ao invés de se morrer de desnutrição e doenças preveníveis aos dois anos, gasta-se muito ao longo da vida e particularmente na fase de envelhecimento. E o terceiro mito é o que acredita haver uma força mágica regulatória no mercado capaz de assegurar o acesso ao sistema de saúde, o que também não é verdade, pois sequer nos Estados Unidos o mercado conseguiu uma regulação eficaz.

José Noronha diz que incorporar novas tecnologias, dada a amplitude desta área, é por si só um processo longo, que exige objetivos e metas claros e avaliação permanente:

- A tecnologia médica hoje inclui as novas drogas, os modernos equipamentos, procedimentos médicos e cirúrgicos cada dia mais inovadores e um eficiente sistema organizacional de apoio.

Segundo ele, o processo de avaliação tecnológica requer quatro pontos fundamentais:

- A segurança daquele determinado processo, que só será visível com uma análise pormenorizada entre o dano e o benefício causado por ele. A eficácia, que define a qualidade do ato terapêutico. A facti-bilidade, que levará em conta os custos de determinada tecnologia que tornará ou não possível o seu uso. E finalmente as indicações, que levarão em conta a relação custo-efetividade, com todas as suas conseqüências econômicas, sociais e políticas.

José Noronha afirma que existem seis aspectos a serem considerados para a incorporação de novas tecnologias. O primeiro é a definição clara de quem decide o quê e como vai se dar determinada incorporação tecnológica. E cita um exemplo:

- Há dez anos, a incorporação de uma ressonância nuclear pelo setor público seria remota, devido à sua complexidade. Só que a decisão de não incorporá-la não impediu que outros segmentos do setor saúde o fizessem. Hoje, o desenvolvimento tecnológico barateou e simplificou o seu uso, ampliando seu espectro de utilização.

"O Ministério da Saúde tem a obrigação de articular um sistema de alto custo. É criminoso achar que o município vai solucionar a cirurgia cardíaca. A taxa de mortalidade é de 15% nas unidades que fazem até 50 transplantes por ano, enquanto a taxa é de 3% em centros como o Incor".

José Noronha *(Professor da Uerj)*

O segundo aspecto, na sua opinião, está na relação entre os problemas de saúde, as condições clínicas e as tecnologias específicas existentes:

- A decisão da incorporação estaria ligada ao fato de se priorizar, por exemplo, a redução da mortalidade de determinada faixa etária devido à incidência de determinada doença, o que me levaria a investir na substituição de equipamentos obsoletos.

O terceiro fator estaria no "caráter dual das necessidades":

- O Brasil tem hoje tuberculosos sem Aids morrendo, apesar de já possuirmos tecnologia eficaz para evitar isso. Por outro lado, estamos gastando grandes recursos com os inibidores de protease. Aí está uma contradição objetiva entre as necessidades sociais e a absorção de tecnologias.

A quarta questão está na complexidade das análises de arranjos tecnológicos e de resultados finais:

- Eu posso ser capaz de determinar qual o procedimento ideal a ser executado no paciente, mas não consigo aquilatar sua conseqüência na qualidade de vida que ele passará a ter, diz ele.

O quinto aspecto a ser analisado está na cultura tanto dos profissionais de saúde como da população usuária dos serviços de saúde, que tendem para a utilização da chamada tecnologia intensiva.

Finalmente, o sexto aspecto diz respeito aos problemas éticos advindos da incorporação tecnológica, incluindo o seu uso no setor público e privado.

Para José Noronha, ao se decidir alocar recursos em tecnologias de ponta, na verdade está se decidindo quem deve viver e quem deve morrer. Com base nisso, ele lista sete "elementos-chave" para a determinação de prioridades, de acordo com modelos internacionais:

- O primeiro aspecto definidor da incorporação tecnológica se relaciona aos princípios éticos que contornam a questão. Depois de-

"A reforma é necessária, mas há uma grande contradição na política neoliberal, pois a reforma vem sendo implantada devido à necessidade de restrições impostas pela ordem econômica, cuja conseqüência é a futura diminuição de recursos, que hoje já são poucos. Isto ocorre no momento em que a sociedade clama pela revalorização da esfera social".

Jorge Bermudez *(Professor da Ensp)*

les, a decisão deve contemplar um levantamento dos serviços, a avaliação das necessidades, as pressões concorrentes, a consulta pública, os dados econômicos e finalmente o espectro dos serviços a serem cobertos.

Segundo José Noronha, o debate sobre novas tecnologias deve marchar para a construção de um processo de negociação de propostas regulatórias, a serem definidas pela sociedade e não exclusivamente pelos governos.

Para o Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Jorge Bermudez, no documento distribuído pelo Ministério da Saúde que serve de base à definição do "Ano da Saúde", existe uma série de intenções, que segundo ele não se traduz num plano de objetivos e metas:

- O documento não torna claro os mecanismos necessários para se viabilizar as metas propostas. Ele diz, por exemplo, que o País vai aumentar a distribuição de medicamentos para o tratamento da Aids. Mas os recursos destinados para isso não cobrem a meta estabelecida.

Ao afirmar que não pretende se prender na crítica ao documento do Ministério, Bermudez avalia algumas políticas que o Brasil vem implementando na área da absorção de tecnologia e o processo de dependência tecnológica e econômica que tem sido a principal resultante das iniciativas tomadas no setor:

Para ele, ao se analisar a incorporação tecnológica numa área como a da saúde, é necessário definir "se a saúde é um direito, cesta básica ou mercadoria". Ele diz também que é urgente o País determinar "se buscaremos a universalidade e a eqüidade contempladas na Constituição e socialmente necessárias ou apenas o que é economicamente viável". E cita alguns números, tomando por base o setor farmacêutico:

- Em 1996, o Brasil foi o quinto mercado mundial no consumo de medicamentos, com 300 a 400 indústrias instaladas e cerca de 45 mil farmácias. São números de grande magnitude, principalmente se considerarmos o fato de apenas 20% dos produtos mais vendidos serem considerados essenciais.

Jorge Bermudez afirma ser essencial que a Política Nacional de Saúde trate da questão do medicamento com prioridade:

- Não haverá reforma na saúde sem que o país enfrente a questão do abastecimento de produtos farmacêuticos no SUS. O

problema é delicado, pois envolve decisões importantes nas áreas de pesquisa, produção, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle de qualidade, prescrição e dispensação dos produtos.

Ao analisar a anunciada extinção da Ceme, Bermudez se diz preocupado "com a forma apressada como a coisa é feita, pois descentralizar a compra de medicamentos é uma coisa, importar inibidores de protease para tratar Aids é outra".

Ele define como função essencial do Estado "formular, implementar e avaliar permanentemente sua política nacional de medicamentos, que englobe regulação do setor, fixação de padrões e assegure o acesso a medicamentos ao conjunto da população". Ele inclui como outra função essencial do Estado a implementação de uma política voltada para o uso correto do medicamento, que se baseie num eficiente programa de informação.

Para Bermudez, "o mercado é incapaz, por si só, de promover a regulação da política de medicamentos" e para isso ele defende a definição de papéis claros a serem cumpridos pelas instituições governamentais e pelo setor privado:

- Hoje há uma grande disputa de espaço entre a Central de Medicamentos, a Secretaria de Vigilância Sanitária, a Coordenadoria Geral de Ciência e Tecnologia, a Secretaria de Assistência à Saúde, a Fundação Nacional de Saúde e a Fiocruz, resultando em políticas fragmentadas dentro do Ministério da Saúde.

Ele diz que o problema se agrava quando outros ministérios também buscam interferir no setor:

- O Ministério da Ciência e Tecnologia interfere na questão através da discussão das patentes, o da Indústria e Comércio também, sem falar no do Trabalho, de Relações Exteriores, da Fazenda e até os militares, que possuem laboratórios produtores de medicamentos.

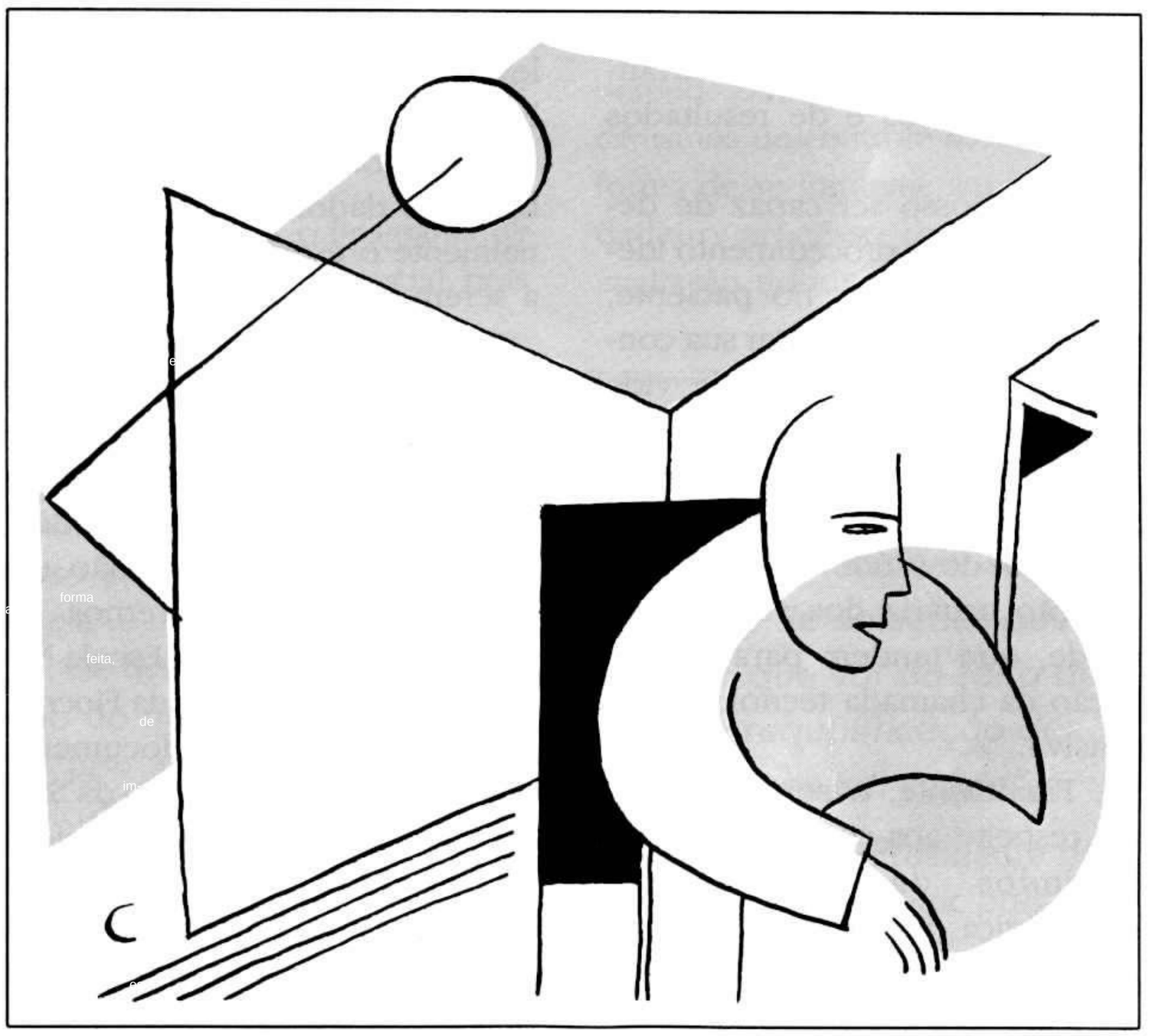
Bermudez acha importante o País resgatar o conceito de medicamentos essenciais definido pela Organização Mundial de Saúde . Ele informa que a OMS produziu uma primeira lista de produtos essenciais em 1977 e desde então já realizou sete revisões com vistas a aperfeiçoá-la. O Brasil, ainda segundo ele, foi pioneiro nesta área, ao fixar, já em 1964, uma lista de essenciais:

- Desde então, as legislações para o setor se acumularam, com a lista sendo refeita pela Ceme em 1971; pelo Plano Diretor de Medicamentos em 1973; quando se elaborou a Relação Nacional de Medicamentos em 1980; quando se definiu a Farmácia Básica; depois ao se definir a Relação de Medicamentos Básicos e finalmente em 1993, com o Decreto dos Genéricos. Agora, está instalada uma comissão composta pela Fiocruz e pela Ceme com o objetivo de apresentar uma última revisão da lista. Com o anúncio da possível extinção da Ceme, o que se espera é que este trabalho não seja interrompido.

Em relação à reforma do Estado e suas repercussões na área da saúde, Bermudez é enfático:

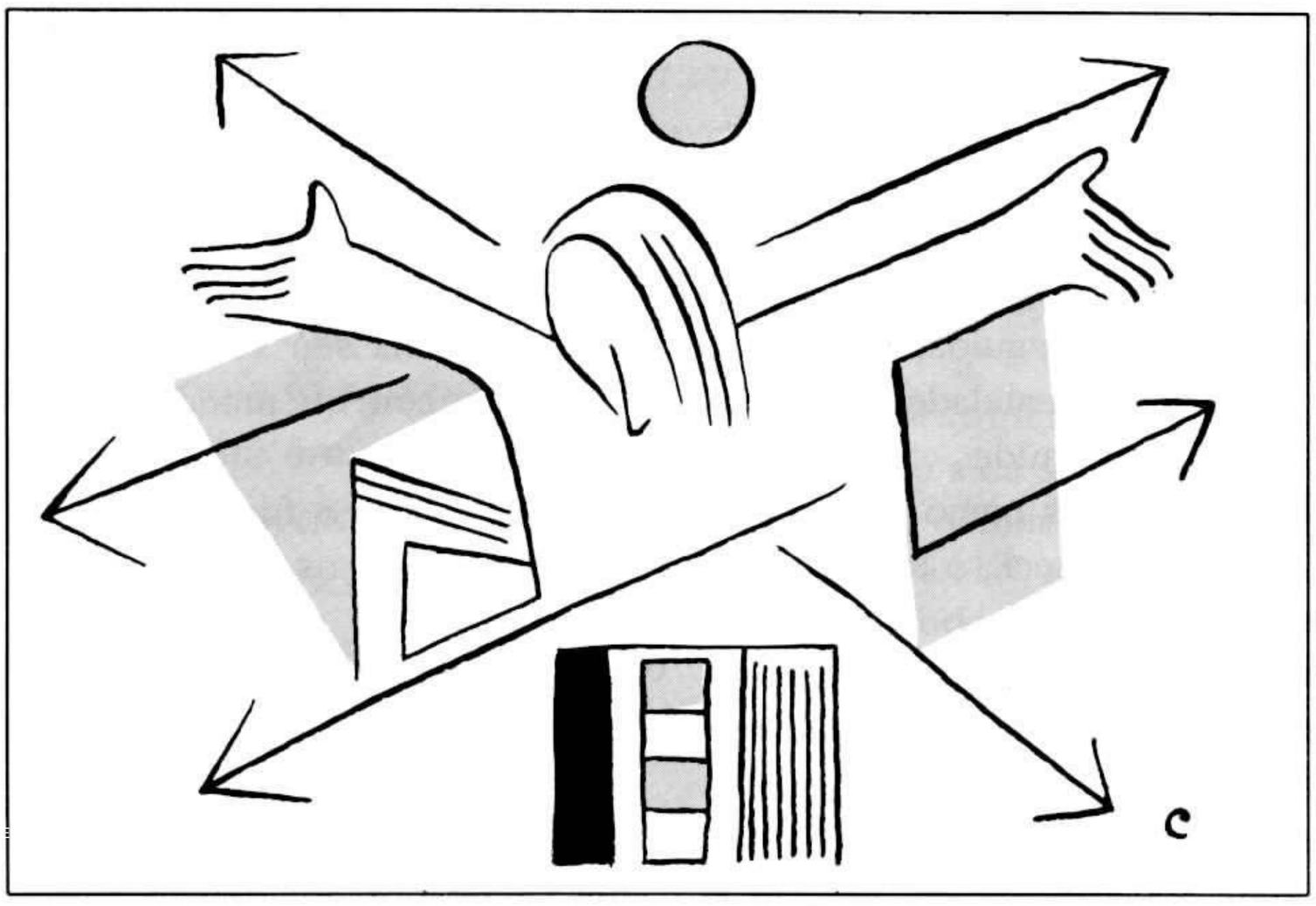
- A reforma é necessária, mas há uma grande contradição na política neoliberal, pois a reforma vem sendo implantada devido à necessidade de restrições impostas pela ordem econômica, cuja conseqüência é a futura diminuição de recursos, que hoje já são poucos. Isto ocorre no momento em que a sociedade clama pela revalorização da esfera social.

Ele defende que o Estado assuma seu papel garantidor de acesso e eqüidade tendo como base a ótica "da saúde como um direito, o medicamento como insumo essencial". ■



GESTÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS NO SUS

DESAFIO É DESCENTRALIZAR IMPLEMENTANDO MECANISMOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO



Implementar com maior vigor o processo de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), introduzindo mecanismos modernos de controle e avaliação que possibilitem tanto ao gestor como à sociedade terem em mãos indicadores confiáveis para medir a performance do sistema.

Esta é a prioridade do responsável pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Antonio Werneck, que ao assumir a função no início de 1997 buscou fazer um diagnóstico da SAS com vistas a acoplá-la à política de descentralização e controle dos serviços de saúde:

- Notei que a auto-estima da equipe de trabalho era muito baixa, que não havia grandes expectativas na busca de resultados e que o setor mantinha uma estrutura extremamente verticalizada e autoritária, dando motivos aos que ainda se referem a ela como o ex-Inamps.

Werneck diz que uma das prioridades da Secretaria é tornar mais eficaz sua relação com o sistema de saúde, de forma a criar critérios de maior controle das ações:

- O sistema de assistência ambulatorial, hoje, é descontrolado, funcionando na base do acesso espontâneo do cidadão. Não é exagero dizer que sua principal característica é a desorganização.

Ele cita uma exemplo deste descontrole:

- A autorização para a realização pelo sistema dos chamados procedimentos de alto custo, como o tratamento de doenças renais, ainda é extremamente centralizado, numa contradição clara com a nova realidade que se quer implementar na saúde.

Antonio Werneck defende "a criação de mecanismos gerenciais que assegurem um maior controle do sistema" e que ao mesmo tempo implementem a lógica da regionalização e descentralização das ações.

Entre as principais iniciativas já tomadas, ele cita a mudança ocorrida no dia-a-dia dos departamentos da Secretaria de Assistência à Saúde:

- Todos os departamentos estão trabalhando com a lógica da descentralização com avaliação de resultados.

Werneck defende a intervenção do sistema através de programas que definam claramente grupos populacionais por faixa etária, com o objetivo de identificar o campo de ação do sistema e a própria avaliação futura das iniciativas tomadas.

Em relação às unidades de

"A autorização para a realização pelo sistema dos chamados procedimentos de alto custo, como o tratamento de doenças renais, ainda é extremamente centralizado, numa contradição clara com a nova realidade que se quer implementar na saúde".

***Antonio Werneck** (Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde)*

maior complexidade do sistema e a capacidade de estados e municípios assumirem a sua gestão, ele defende que a descentralização não pode ser encarada como uma receita a ser seguida, descolada da complexa realidade que cerca o sistema de saúde:

- Unidades como o Hospital Sarah Kubitscheck, o Instituto Nacional do Câncer e o Grupo Conceição devem ficar na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério. Já as 450 unidades da Fundação Nacional de Saúde, das quais 300 funcionam, podem e devem ser transferidas para estados e municípios, mantendo a vertente da regionalização do sistema.

Werneck acha que o Ministério da Saúde precisa rever a política de investimentos ao mesmo tempo em que redesenha o financiamento do setor:

- Não há dúvida de que transferimos recursos em excesso à iniciativa privada, particularmente na área de internação.

Segundo ele, ao se analisar o volume de transferências de recusos da saúde, em primeiro lugar está a rede privada contratada, em segundo as unidades da rede chamada de filantrópica e em terceiro o setor público.

Para implementar um eficiente sistema de avaliação, Werneck acha fundamental as comissões tripartites e uma maior interação entre os programas desenvolvidos pelo Ministério:

- O Programa da Criança deve ser avaliado no conjunto de procedimentos realizados com ela, da vacina ao transplante. Por outro lado, é fundamental se quebrar com o isolamento dos vários programas existentes. Hoje, cada um olha seu vetor sem se preocupar com quem trabalho do seu lado.

Ele vê como fundamental a interação entre os programas do Ministério e a política de descentralização:

- Cada um dos programas pode e deve subsidiar com todo tipo de instrumento a intervenção dos secretários estaduais e municipais nos problemas relativos à saúde.

Para Werneck, o Programa de Saúde da Família "é essencial, pois muda a prática ambulatorial", e condena "os prefeitos que confundem Programa de Saúde da Família, com baixo nível de assistência".

Ele defende a criação do que chamou de "piso ambulatorial básico" para as áreas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e uma mudança radical na correção do que chamou de "distorções" ainda existentes no sistema de saúde:

- No Rio de Janeiro, ainda se mantêm os famigerados leitos FPT (Fora de Possibilidade Terapêutica) e é urgente se implementar uma política de desospitalização dos pacientes mentais.

Para o Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, Luis Antônio Moreira, é essencial que se modifique a postura das autoridades responsáveis pelo sistema de saúde frente ao processo de descentralização do sistema.

Ele afirma que os municípios não podem esperar mais:

- A velocidade de resposta do ponto de vista das necessidades locais é imensa, sendo indispensável se ter pressa na busca de soluções que minorem a crise, que vai da falta de investimentos à requalificação dos recursos humanos em saúde.

Secretário Municipal de Saúde do Município de Piraí (RJ), ele defende o fortalecimento dos mecanismos de controle social como forma de se implementar um verdadeiro processo de controle e avaliação no nível municipal. ■

" A velocidade de resposta do ponto de vista das necessidades locais é imensa, sendo indispensável se ter pressa na busca de soluções que minorem a crise, que vai da falta de investimentos à requalificação dos recursos humanos em saúde".

***Luis Antonio Moreira** (Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro)*

APRESENTAÇÃO

*Álvaro Nascimento **

A *decretação pelo Presidente da República* de que 1997 é "O Ano da Saúde", seguida pelo anúncio de um conjunto de medidas que na visão do Governo Federal trará melhorias substanciais ao setor, causou grande impacto naqueles que trabalham ou acompanham as permanentes transformações na política nacional de saúde implementadas nos últimos anos. O anúncio, feito pessoalmente pelo Presidente, por si só dá uma nova magnitude à intervenção do Governo no setor.

Frente à divulgação oficial das medidas relativas ao "Ano da Saúde" e à série de iniciativas ligadas à Reforma do Estado que estão sendo patrocinadas ou defendidas pelo Governo, o Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz realizou um ciclo de debates para fazer um diagnóstico do setor e analisar as medidas propostas.

Para isso, convidou representantes do Ministério da Saúde para falar sobre a proposta, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), parlamentares historicamente ligados ao setor, economistas, professores e pesquisadores do tema, com o objetivo de entender a magnitude das mudanças contidas no documento de objetivos e metas do Ministério, assim como sua aplicabilidade.

Para tornar mais clara a avaliação dos leitores do RADIS sobre a questão, publicamos na íntegra (ao final desta edição) as "Ações e Metas Prioritárias" divulgadas pelo Ministério, que serviram de base ao lançamento do "Ano da Saúde" e de instrumento de análise pelos participantes dos debates.

A opinião destes setores em relação ao assunto é o que motiva e justifica a edição desta TEMA, que busca cumprir o papel que cabe ao Radis como instrumento que reúne, analisa e difunde informação em saúde, comprometido com a garantia constitucional de que a saúde, assim como a informação sobre ela, é um direito de todos e dever do Estado.

***Álvaro Nascimento** é Coordenador e Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.*

propostas à internação hospitalar, através da ampliação dos hospitais-dia, centros de convivência e internações domiciliares, já que no campo da organização microeconômica dos serviços de saúde processa-se, neste momento, uma verdadeira revolução.

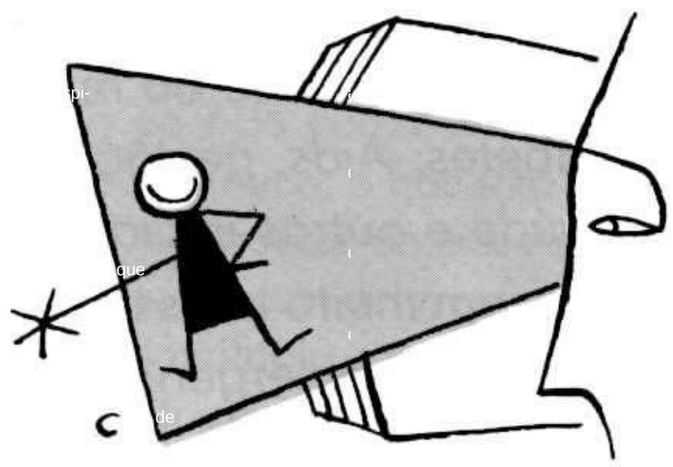
Em relação ao mutirão social pela saúde, ele acha que está longe de alcançar os dois objetivos implícitos no texto: a ação intersetorial e a participação da sociedade. Para Vilaça, é cada vez mais consensual que uma política racional de saúde vai muito além da organização de serviços de saúde, envolvendo um conjunto integrado de políticas públicas em diversas áreas, como saneamento, renda, trabalho, cultura, justiça, habitação, lazer, educação, alimentação e nutrição. Isso corresponde ao que, modernamente, vem sendo denominado de estratégia de promoção da saúde.

Apesar das críticas, Eugênio Vilaça vê a proposta governamental como um avanço. Segundo ele, o plano apresenta um conjunto de ações e metas que, tomadas pontualmente, parecem responder às inquietações relativas à melhoria dos serviços de saúde no País. Mas, segundo ele, a complexidade da administração da saúde pede mais que seriedade e espírito público. Exige conhecimento das macrotendências do ambiente internacional e uma análise situacional fina do sistema brasileiro, alicerçada em evidências empíricas mais do que em razões inerciais ou em supostos ideológicos

Para ele, só assim se pode construir um corpo doutrinário e operativo que sustente e integre, no curto e no médio prazos, as metas e as ações propostas, dirigindo-as para os objetivos de eqüidade, eficiência, eficácia, qualidade e satisfação dos cidadãos.

Ele finaliza afirmando que a análise do documento apresentado à Nação pelo Ministério da Saúde não permite ser otimista. Uma oportunidade histórica de um programa de seis anos é perdida quando se propõe um conjunto desordenado de metas e ações. E, ao contrário do que se manifesta, é possível que, a médio e longo prazos, estejamos recolhendo resultados inesperados, como o aumento da iniqüidade interregional e intrarregional, incremento das ineficiências técnica e alocativa do sistema, reforço do modelo de atenção do monopólio estatal, cristalização de um sistema de subsídio à oferta e diminuição da qualidade pela perda de escala.

Para Jairnilson Paim (Professor da Universidade Federal da Bahia) "não se deve conceber as necessidades de saúde apenas como doença, apenas como risco, apenas como carências". Ele acha que devemos entender as necessidades de saúde como tudo isso mas sobretudo como uma união de projetos de vida, "que não são



definidos nem pela clínica, nem pela epidemiologia, mas por um conjunto de saberes e práticas que os homens e as mulheres vão definindo em cada sociedade".

Ele vê um modelo de assistência à saúde não como um exemplo ideal, "mas como um espaço técnico em que se faz uma intervenção política e um espaço político onde se faz uma intervenção técnica". E defende que estas intervenções busquem possibilitar a qualidade e a defesa da vida.

Isto significa pensar, segundo ele, em necessidades como "condições necessárias", que transcendam problemas de saúde entendidos como danos ou como risco, um conceito que ele denomina de "necessidades radicais". Usando a liberdade de filosofar, o professor baiano propõe uma situação em que se busca "aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito, para que o ser continue sendo o ser".

Jairnilson lembra que há diferentes concepções sobre modelos assistenciais:

- Eu não tenho a arrogância de dizer que a minha concepção é melhor do que as outras. Mas considero importante que se entenda algumas concepções que estão por trás da idéia de modelos de atenção.

A primeira concepção citada por ele é a idéia de modelos de atenção voltados para serviços de saúde e sobretudo de organização de serviços, muito corrente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se falava de redes regionalizadas e hierarquizadas, de sistemas de referência e contra referência.

Uma outra é a que trata muito mais de um projeto ético e político para intervir sobre uma realidade do que propriamente de um modelo como racionalidade. Jairnilson cita uma definição do sanitarista Gastão Wagner Campos para resumir este modelo:

- É aquilo que está embutido na noção de modelos técnico-assistenciais como uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável.

A terceira concepção pontua-

O texto de Veras implanta a cobrança de Imposto de Renda para os maiores de 65 anos, que hoje são isentos, assim como a contribuição previdenciária de quem já é aposentado. E veta a participação na Previdência Social dos servidores civis e militares que já possuírem regime próprio de previdência.

Além disso, a Previdência Complementar passa a ser exclusivamente privada, acabando com a possibilidade de se organizar uma Previdência Complementar pública, como prevê hoje a Constituição. O texto também determina que as contribuições do Governo para fundos de pensão das empresas públicas, autarquias, fundações e estatais não pode ultrapassar o nível de um para um, isto é, para cada real depositado pelo trabalhador, o Governo só poderá repassar valor equivalente.

Nas regras gerais, Veras suprime dispositivo que determina que o valor da aposentadoria seria calculado pelo salário recebido nos últimos três anos, o que segundo Eduardo Jorge "abre espaço para modificações artificiais no final da carreira, o que se tentou evitar na Constituição". Finalmente, Veras propõe que o homem passe a se aposentar apenas com 60 anos (35 de contribuição) e a mulher com 55 anos (30 de contribuição), tanto para servidores e celetistas.

Quando entra na transição, o texto propõe para quem já está no mercado de trabalho, seja trabalhador público ou privado, aposentadoria por tempo de contribuição levando em conta que o tempo de serviço atual será contado como tempo de contribuição, e que a partir da Lei, haverá outras regras, mais rigorosas. Para se ter direito à aposentadoria por tempo de contribuição, o trabalhador terá que ter idade mínima de 53 anos para o homem e 48 anos para a mulher, associados aos 35 anos de serviço (homem) e 30 anos (mulher). Se o trabalhador ainda não alcançou isso, o tempo que falta sofre um fator de acréscimo de 20%.

Eduardo Jorge cita um exemplo:

- Se você é mulher, tem 25 anos de serviço (logo, faltam cinco para alcançar os 30) e tem 48 anos, para se aposentar os seus cinco anos que faltam vão virar seis. Se um homem tiver 30 anos de serviço, faltando cinco para ter aposentadoria integral e ele tem 45 anos, ao invés de só trabalhar mais cinco para ter a aposentadoria, terá que trabalhar mais oito. No caso da proporcional, a lógica é mantida, só que o acréscimo é de 40%. Tanto um como outro, só aposenta com 53 e 48 anos.

Eduardo Jorge acha importante a proposta conter uma fase de transição, "neste aspecto é melhor que a proposta de Michel Temer aprovada na Câmara", mas diz que "é injusto que não se trate de forma diferenciada o trabalhador de baixa renda. Eu vou propor que se insira a questão da renda neste cálculo".

Ele critica no texto de Veras a ausência de propostas relativas à gestão da Previdência:

- Na Reforma aprovada na Câmara, conseguimos inserir uma gestão quadripartite, com a participação de trabalhadores, empresários, aposentados e Governo. O Governo, através do Senador Beni Veras, está retirando esse artigo, querendo manter a entrutura imperial estatal como é hoje, com o Estado mandando em tudo sozinho.

A proposta Veras permite, ainda, que os municípios revertam todo seu quadro de pessoal para o regime da CLT e ainda suprime o patamar da Previdência Pública de um a 10 salários mínimos, deixando a questão em aberto, o que segundo Eduardo Jorge "demonstra que o objetivo é o de achatar, não se sabe ainda para quanto".

Para o professor Aloísio Teixeira, da UFRJ, há dois problemas centrais a serem analisados quando se debate a reforma da Previdência, "o processo de reestruturação perverso, que decorre da política econômica recessiva do Governo, que incentiva o mercado de trabalho informal; e o baixo nível de consciência da sociedade em relação ao assunto".

Segundo ele, "vencido o processo constituinte, restaram poucos heróis defendendo o texto aprovado e a Constituição ficou órfã, já que o Congresso foi incapaz de defender o conceito da Seguridade". Para Teixeira, "corremos o risco de jogar pela janela a idéia moderna, ampla e justa de Seguridade sem nunca tê-la experimentado efetiva e radicalmente. Faremos uma reforma sem usar o conceito em sua integralidade".

Para o professor da UFRJ, "este não é o momento de se propor uma reforma da Constituição, mas o momento de se defender a Constituição". Ele diz que "se nos coubesse fazer a gestão do sistema de seguridade, dentro dos limites que a Constituição impõe, teríamos uma pauta imensa de medidas para melhorar a eficiência do sistema, com benefício para todos".

Teixeira afirma que "hoje, ao contrário do que ocorria há dez anos atrás na Constituinte, estamos defendendo posições contra aqueles que sempre representaram o atraso". Para ele, quando se discute Seguridade Social, está se falando de algo em desuso no mundo:

- Política social deixou de significar a criação dos instrumentos universais que marcaram as políticas de bem estar capitalista construídas no pós-guerra, passando a ser um discurso, uma ideologia, numa direção totalmente diversa dos direitos universais aos cidadão, baseadas exlusivamente em políticas seletivas, dirigidas a grupos específicos.

Ele vê a Reforma da Seguridade ligada à contradição vivida pelo capitalismo no mundo de hoje:

nistério da Saúde, Alceu Alves da Silva, acha importante frisar que o documento lançado pelo Governo Federal "não é um plano, mas um conjunto de ações e metas prioritárias":

- Quem trabalha com planejamento sabe que iniciativas como esta vão se moldando de acordo com a realidade que se apresenta, afirma ele.

Para Alceu Alves da Silva "a reforma do Estado não pode ser vista fora de um contexto amplo de mudanças necessárias à busca da eficiência" da esfera pública de saúde.

Ele analisou alguns números que no seu entender são importantes para se entender a realidade do setor saúde no Brasil. Segundo Alceu Alves da Silva, o Ministério da Saúde possui um total de 227.951 servidores incluídos em sua folha de pagamento, sendo que 129.787 são ativos (com 72.553 trabalhando na própria estrutura do Ministério e 57.234 cedidos aos gestores municipais e estaduais do SUS) e 98.164 são aposentados e pensionistas.

Já em relação ao Orçamento do Ministério da Saúde, ele destaca que do total de R$ 20,2 bilhões destinados aos gastos de 1997; cerca de 62% (R$ 12,53 bilhões) estão destinados às despesas correntes com assistência ambulatorial e hospitalar; 22,5% (R$ 4,55 bilhões) serão gastos com pessoal e encargos; 9,5% (R$ 1,92 bilhão) com juros, encargos e amortização da dívida e 6% (R$ 1,21 bilhão) com investimento.

Ele ressaltou a importância do Ministério da Saúde "seguir uma estratégia estável e não mudá-la com muita freqüência", para que objetivos de curto, médio e longo prazo sejam perseguidos sem que se corra riscos de quebra de continuidade dentro das políticas de saúde.

"Frente ao documento assumido pelo Ministério da Saúde, o conjunto da sociedade pode e deve se posicionar, a exemplo do que nós da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, que temos um compromisso histórico em defesa da saúde, estamos fazendo agora".

Paulo Marchiori Buss
(Presidente do Centro de Estudos da Ensp/Fiocruz)

Para Alceu Alves da Silva, uma visão integradora das políticas de saúde com as ações desenvolvidas por outros ministérios é elemento essencial para se chegar à elevação da qualidade das políticas de promoção e assistência:

- O aumento do número de homicídios e de acidentes, por exemplo, que traz impacto direto no setor saúde, deve ser encarado dentro de uma estratégia interministerial, que envolva ministérios como os da Justiça, Transporte e outros cujas ações tragam impacto na saúde.

E citou a educação, saneamento, trabalho, reforma agrária e programas como o Comunidade Solidária como indispensáveis para esta integração.

Ele emumerou quatro grandes desafios a serem enfrentados pelo Ministério na busca de melhoria nas condições de saúde da população:

- Precisamos acelerar ao máximo a correta estratégia da descentralização das ações e reestruturação do Ministério da Saúde. Em segundo lugar, se faz urgente estabelecer um modelo permanente e estável de financiamento para o setor. A terceira prioridade é implementar um competente programa de fiscalização de gastos que trabalhe com análise de resultados. E, finalmente, é indispensável promover ações integradas de governo.

Alceu Alves da Silva prioriza três linhas de atuação do Ministério no bojo das propostas contidas nas ações do "Ano da Saúde":

- Vamos fortalecer a prevenção com ênfase no atendimento básico, investir na melhoria da qualidade dos serviços e organizar o que estamos chamando de mutirão social pela saúde.

Ele disse que logo ao examinar os gastos do Ministério, levantou que "havia uma grande concentração de recursos na atividade-meio, o que nos levou a tomar de cara medidas como o corte de 30% no orçamento de R$ 1 milhão, anteriormente destinados ao pagamento de diárias e passagens, que consideramos exagerado".

Em relação à definição de um modelo estável de financiamento, o Chefe de Gabinete do Ministro Carlos Albuquerque explica que "partindo do pressuposto de que iremos elevar no ano de 1998 para R$ 31,1 bilhões os gastos públicos com saúde, devemos nos preparar para chegar a isso sem contar com a CPMF, que termina ainda em 97".

Pelos cálculos contemplados nas ações e metas do Ministério, o Governo federal passará a gas-

"Precisamos acelerar ao máximo a correta estratégia da descentralização das ações e reestruturação do Ministério da Saúde. Em segundo lugar, se faz urgente estabelecer um modelo permanente e estável de financiamento para o setor. A terceira prioridade é implementar um competente programa de fiscalização de gastos que trabalhe com análise de resultados. E, finalmente, é indispensável promover ações integradas de governo."

Alceu Alves da Silva

(Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde)

tar R$ 20,3 bilhões com a saúde, enquanto os estados alocarão R$ 6,2 bilhões e os municípios R$ 4,5 bilhões. A expectativa, ainda segundo Alceu Alves da Silva, é que o setor privado gaste outros R$ 15 bilhões no setor.

Para chegar a isto, ele define como essencial a regulamentação das empresas que mantêm atividades na área dos planos, seguros-saúde e assemelhados, "com o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde do atendimento prestado aos segurados destes planos".

Alceu Alves da Silva defendeu o fim do que chamou de "irregularidade individual e coletiva", onde a população mais carente acaba sendo a mais sacrificada, na medida em que hoje o SUS gasta grande quantidade de recursos com o pagamento de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para pessoas que têm planos de saúde.

Para ele, "é necessário informatizar os cadastros para que se possa realizar uma checagem todas as vezes em que for efetuado um pagamento pelo Ministério da Saúde e caso o paciente tenha plano de saúde, o SUS deve ser ressarcido".

Para tornar este mecanismo eficiente, Alceu Alves da Silva propõe a implementação do Sistema Nacional de Auditoria, com sistemas específicos de controle financeiro.

Ele terminou defendendo a aceleração do processo de transferência de hospitais e ambulatórios que permanecem nas mãos do Governo Federal para estados e municípios, assim como as ações da Central de Medicamentos, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e da Fundação Nacional de Saúde.

Para o Professor Nilson do Rosário Costa, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, o maior desafio para se equacionar a crise no setor saúde está "na capacidade de introduzir inovações no sistema, de forma a torná-lo mais eficiente, preservando o direito à saúde".

Ele questionou as propostas que se baseiam na "restrição de cardápios" que visa tornar seletivo aos pobres as políticas sociais de Governo:

- As mudanças que estão sendo propostas no modelo assistencial criam uma orientação que favorece o estabelecimento de uma cesta básica voltada para os pobres. Isso é muito difícil de ser implantado no setor saúde, onde as necessidades estruturais voltadas para o cuidado curativo são dramáticas. Para este público, as chamadas ações básicas não resolvem a crise. Como podemos definir o que é básico com uma população como a nossa?

Para Nilson do Rosário, a segmentação das ações voltadas para "pobres" e "não pobres" representa uma "conduta regressiva", já que para ele "o Brasil tem buscado historicamente políticas sociais que visam a inclusão e não o contrário".

Ele defendeu a necessidade de uma análise mais profunda do impacto destas propostas em outros países e externou duas preocupações:

- Em primeiro lugar, temos de estar atentos para que as orientações normativas com impacto nas

"As mudanças que estão sendo propostas no modelo assistencial criam uma orientação que favorece o estabelecimento de uma cesta básica voltada para os pobres. Isso é muito difícil de ser implantado no setor saúde, onde as necessidades estruturais voltadas para o cuidado curativo são dramáticas. Para este público, as chamadas ações básicas não resolvem a crise. Como podemos definir o que é básico com uma população como a nossa?"

Nilson do Rosário Costa

(Professor da Ensp/Fiocruz)

políticas sociais não se subordinem pura e simplesmente às necessidades da estabilização econômica. Assim, a única variável a ser analisada não pode ser a diminuição do estado a qualquer preço, defende Nilson.

Além disso, ele se mostrou preocupado "com a segmentação de mercado que acaba sendo feita dentro das políticas públicas, que passam a se voltar para os chamados pobres, com a classe média saindo do universo de clientes, trazendo como conseqüência o fim do mecanismo de solidariedade".

Nilson do Rosário classificou o documento contendo as ações e metas do Governo Federal para a saúde como "tímido" e se revelou surpreso com a forma pela qual o Ministério da Saúde assumiu integralmente as teses defendidas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare) no que diz respeito à retirada do Estado de setores fundamentais, ressaltando, no entanto, que acha positiva "a criação de mecanismos de julgamento do bom governo e a introdução de instrumentos de avaliação de desempenho na esfera pública".

Para Antonio Ivo de Carvalho, Pesquisador do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, "o documento, que propõe uma gama de ações e metas para o setor saúde, na verdade reagrega uma série de iniciativas já colocadas há algum tempo".

Embora não apresente grande clareza estratégica, o documento, segundo ele, "nos estimula a traçar o debate num plano mais concreto, visando atualizar uma agenda para o SUS".

Considerou que para defender o SUS dos que o acusam de ser inviável, não basta repetir princípios gerais, é preciso "sair da defensiva de que a Reforma do Estado é contra o SUS e assumir que o SUS, ao contrário, necessita de uma ampla Reforma do Estado, só que não para diminuí-lo, e sim para torná-lo mais público".

"O Sistema único de Saúde nada mais é que uma ampla Reforma do Estado, não sendo, por isso, impossível de se viabilizar no conjunto de propostas formuladas para se redesenhar o Estado brasileiro".

Antonio Ivo de Carvalho
(Pesquisador da Ensp/Fiocruz)

Segundo ele, para isso a qüestão da eficiência do Estado é fundamental. "Não é possível enfrentar as desigualdades sem aumentar, e muito, a eficiência administrativa. O que não se pode aceitar é que, em nome da eficiência, através de cortes indiscriminados em gastos, se produza um agravamento da desigualdade.

Antonio Ivo defendeu que a qüestão da eqüidade seja um critério fundamental para se avaliar as propostas de financiamento do SUS, e não apenas o volume total de recursos. Considerou positivo que o documento apoiasse a PEC 169, do Deputado Eduardo Jorge (PT/SP), mas advertiu:

- A fixação de um orçamento federal de R$ 20 bilhões subordinado à lógica do contingenciamento põe em risco a proposta, assim como a possibilidade de se desviar recursos da seguridade social para outros fins. Mesmo com a aprovação da PEC 169, há o risco do novo modelo de financiamento proposto valer apenas para estados e municípios.

Em relação ao financiamento estável, Antonio Ivo classificou "de exigência imposta pelo bom senso" o ressarcimento ao SUS do atendimento prestado aos 40 milhões de brasileiros que hoje têm algum tipo de plano ou seguro-saúde.

Ele citou duas propostas aprovadas pela 10ª Conferência Nacional de Saúde como exemplos das dezenas de sugestões já colocadas sobre a mesa para assegurar o financiamento estável do setor saúde:

- Há propostas que vão desde considerar a fraude no SUS como crime hediondo, à supergenhosa proposição de abater do Imposto de Renda as contribuições feitas ao Fundo Municipal de Saúde. Como se vê, há vários caminhos para se chegar não apenas à elevação da quantidade de recursos como à eqüidade.

Antonio Ivo termina afirmando que "a Reforma do Estado não pode ser um processo de hegemonia de uma única visão de sociedade, nem pode correr o risco de se transformar apenas numa rearrumação burocrático-administrativa da máquina do Estado, pois o desafio está na implantação de uma agenda da solidariedade, que só conseguirá resgatar a imensa dívida social acumulada com um amplo leque de participação". ■

A SAÚDE E A REFORMA DA SEGURIDADE SOCIAL

REFORMAR A PREVIDÊNCIA OU CUMPRIR A CONSTITUIÇÃO?

- Nós, constituintes de 88, somos acusados de demagogos e irresponsáveis porque prometemos coisas e criamos benefícios que o País não poderia bancar. Isso é má fé porque a única área do Estado brasileiro onde a Constituinte e as leis posteriores previram arrecadação capaz de manter estas estruturas foi justamente na Seguridade Social, onde a arrecadação inclusive tem crescido a cada ano.

A opinião é do Deputado Federal Eduardo Jorge (PT-SP), um dos autores de emenda ao texto constitucional propondo uma reformulação na Previdência Social, que juntamente com a saúde e a assistência compõe a Seguridade.

Para ele, o texto constitucional elaborado em 1988 "rearrumou o Estado brasileiro, após o período de ditadura":

- Esta área foi relatada inicialmente pelo então Deputado Carlos Mosconi, depois pelo Almir Gabriel e finalmente por Mário Covas, todos sociais-democratas convictos.

Ao analisar a polêmica sobre o financiamento da Previdência, Eduardo Jorge é enfático: O Capítulo da Seguridade Social contido na Constituinte foi onde mais se avançou na definição de uma estrutura social moderna, democrática e de ampla inclusão dos vários segmentos que compõem a sociedade brasileira.

Segundo ele, "a arrecadação da Previdência, por incrível que pareça, foi definida por assistentes sociais, médicos e profissionais de saúde em geral, enquanto os chamados deputados economistas ficaram mais na área financeira e de tributos. E foi na área deles justamente onde houve estagnação ou queda de arrecadação. Nós, os chamados de demagogos, desenhamos um sistema que tem como resultado uma arrecadação crescente, enquanto os deputados economistas fracassaram em termos de financiamento do Estado a nível federal, estadual e municipal".

Eduardo Jorge explica como vê o déficit registrado no ano passado na Previdência:

- Como os chamados economistas mandam no Governo, sistematicamente assaltam a cesta de recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social para suprir o que

eles não foram capazes de fazer na Constituinte e em sucessivas reformas que tentaram financiar o restante do aparelho de Estado. O Governo entra no cofre onde estão os recursos da seguridade e desvia recursos para outras áreas. A Seguridade possui recursos previstos orçamentariamente para ela. Tem dificuldade, precisaria mudar alguma coisa? Sim. Mas na questão de financiamento ele é suficiente.

Ele diz que na área da Assistência Social, o grande avanço se registrou em 1993, quando foi feita a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), regulamentando o setor com a mesma lógica do SUS, calcada na descentralização.

O Deputado ressalta que "a área da saúde foi a primeira a ter uma lei regulamentadora, a 8.080, em 1990, depois complementada pela Lei 8.142/90". E diz que a Saúde tem tido problemas por causa da política de conter recursos da Seguridade e desviá-los para outras áreas:

- A Saúde acabou sendo a área mais afetada, porque na Previdência fica difícil mexer, porque a pessoa tem direito. Se não ganhar, recorre à Justiça e acaba ganhando. Na Saúde, como é um direito mais genérico, fica mais fácil reter, desviar, adiar, contingenciar. E por isso o SUS não avançou a ponto de se tornar um instrumento potencial de transformar outras áreas de políticas públicas. E nunca é demais lembrar que ele tem este potencial.

Para solucionar a crise de financiamento do SUS, Eduardo Jorge diz que "estamos realizando um grande esforço para fechar este buraco, assegurando recursos estáveis e constantes através da Proposta de Emenda Constitucional, a PEC 169, instituindo uma sub-vinculação dentro do orçamento da seguridade social, criando uma obrigação para que 30% do orçamento federal e 10% dos orçamentos de estados e municípios sejam destinados ao SUS".

Já na Previdência, ele reconhece que, em comparação com a saúde e a assistência, é a área onde a Constituinte menos avançou em termos de democratização e universalização:

- É verdade que avançamos ao trazer para os direitos previdenciários os trabalhadores rurais e as domésticas. Mas a Constituição e as legislações específicas mantiveram uma série de sistemas de previdência com direitos diferenciados, sem justificativa que não fosse a influência política de setores sociais determinados. Não enfrentamos a questão da desigualdade dos sistemas existentes.

Eduardo Jorge cita como problemas a serem enfrentados na reforma da Previdência "a mudança da composição etária do País, a mudança na formalização das relações de trabalho e o desemprego, que vem comprometendo o financiamento do sistema".

Ele diz que "a Previdência foi imprevidente, pois o que se tinha que guardar na época da acumulação foi toda gasta pelos seguidos governos em obras como a construção de Brasília e outras".

Para Eduardo Jorge "a Reforma é inegavelmente uma necessidade, discuti muito isso dentro do PT". Segundo ele, desde quando o Governo Collor propôs uma reforma, que na verdade rasgava a Constituição e acabou sendo rejeitada pelo Congresso, ele já via que mudanças eram necessárias:

- Em 93, às vésperas da eleição presidencial entre Fernando Henrique e Lula, fiz questão de apresentar a Proposta de Emenda Constitucional, cujas diretrizes fizeram parte do programa do Lula, para que não se dissesse depois, caso Lula fosse eleito, que nós não havíamos proposto estas mudanças.

Segundo ele, a proposta mantém a estrutura da Seguridade englobando Saúde, Assistência e Previdência e a gestão deixa de ser estatal, passando a ser o que chama de **social-pública,** com entidades de trabalhadores, empresários e aposentados dividindo com o Governo a responsabilidade pela gestão da Previdência:

- O Governo não reinaria mais absoluto.

Ainda segundo a proposta, seria criado um regime de aposentadoria básico, de caráter público e universal, que abrangeria todos os trabalhadores brasileiros, seja ele civil, militar, da iniciativa privada ou do setor público. Esta nova Previdência, na concepção de Eduardo Jorge, cobriria um teto para a aposentadoria de até 10 salários mínimos, porque segundo ele "seria um patamar seguro para que 90% dos trabalhadores não fossem obrigados a recorrer às previdências complementares".

Pela proposta, a partir de 10 salários mínimos, o trabalhador recorreria às previdências complementares pública, privada ou fundo de pensão. Mas onde setores que ganhassem acima de dez salários teriam que contribuir mais.

Para ele, outra questão a ser resolvida é a aposentadoria por tempo de serviço ou de contribuição:

- Minha idéia é reformular este benefício, condicionando o cálculo a três fatores: idade mínima, renda e tempo de contribuição. A lógica seria fortalecer o fator renda. Se eu sou um trabalhador rural ou uma empregada doméstica que ganha um salário mínimo, eu tenho uma exigência de tempo de contribuição e idade mínima menor. Se eu sou um trabalhador médio, que ganho dez salários mínimos, eu tenho tempo de contribuição e idade mínima maior. Se ganho R$ 4 mil ou R$ 5 mil, eu tenho tempo de contribuição e idade mínima maior ainda. Alguns criticam dizendo que isto é muito complexo. Mas será que com computador e uma fórmula matemática não

- **AIDS**

Credenciar mais 40 novos hospitais para tratamento dos pacientes portadores do vírus da AIDS.

- **Acreditação Hospitalar**

O Ministério da Saúde vai coordenar o processo de definição de critérios e avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes nos hospitais públicos e privados. Os hospitais mais bem avaliados vão receber um certificado de qualidade.

- **Controle do Câncer**

Serão implantados 10 centros regionais de controle, para aperfeiçoar o registro dos casos de câncer, permitindo uma ação mais eficaz de combate à doença.

- **Revisão da Tabela do SUS**

Com base nas prioridades do "Ano da Saúde", será feita uma revisão na tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, visando estimular a implantação de ações definidas.

- **Planos de Saúde**

Quase 38 milhões de brasileiros pagam planos e seguros de saúde, mas a maioria deles não cobre as despesas com os procedimentos de alta complexidade. O Ministério da Saúde está atento a esse problema e vai passar a participar, juntamente com o Ministério da Fazenda, da regulamentação e da fiscalização dos planos de saúde. Está constituída uma equipe de estudos para que, em 60 dias, apresente uma solução para garantir que os planos de saúde vão cobrir todas as despesas, com todos os tipos de doenças, para determinar como vai ser feito o ressarcimento dos serviços prestados pelo Governo aos clientes dos planos, para disciplinar as relações entre os planos e seus usuários, para melhorar a qualidade dos serviços, coibindo os abusos existentes como preços exorbitantes, carências exageradas e a não-cobertura de determinadas despesas.

C. MUTIRÃO SOCIAL PELA SAÚDE

Cabe ao Ministério da Saúde conduzir uma ampla mobilização nacional para demonstrar que os resultados positivos dos indicadores sócio-sanitários só virão se forem perseguidos dia-a-dia, com determinação política e a participação de cada cidadão, em um verdadeiro mutirão social.

A construção de sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, a destinação adequada do lixo, a despoluição ambiental, a redução da violência e dos acidentes de trânsito e uma infinidade de outras questões que oneram o sistema de saúde, só serão resolvidas com o engajamento de todos - governos federal, estaduais e municipais, empresários, entidades civis e organizações comunitárias.

O Governo Federal está fazendo a sua parte. E no "Ano da Saúde" as diversas ações ministeriais que influenciam na situação da saúde da população vão funcionar de maneira integrada. Nesse sentido já existem propostas objetivas de atuação, que serão implantadas imediatamente, envolvendo todos os ministérios.

Para estimular a participação da sociedade no mutirão, o Ministério da Saúde está desenvolvendo as seguintes ações:

- **Fortalecimento dos Conselhos de Saúde**

Realização de campanhas que estimulem a efetiva participação da sociedade nos Conselhos de Saúde, mostrando que são eles que definem as prioridades e fiscalizam a correta aplicação do dinheiro público.

O repasse regular dos recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios somente acontecerá depois da comprovação de que os respectivos conselhos e fundos de saúde estejam de fato funcionando.

- **Transparência**

Divulgar mensalmente a arrecadação e utilização dos recursos originários da CPMF e tornar disponíveis ao público, inclusive via Internet, as informações sobre licitações previstas e em andamento no Ministério, e seus resultados homologados.

Divulgar o repasse dos recursos do Ministério da Saúde para Estados e municípios, além do Diário Oficial, pela "Voz do Brasil", por informes ao Congresso, Assembléias Legislativas, Câmara Distrital, Câmaras Municipais, Conselhos de Saúde e pela *home-page* do Ministério da Saúde na Internet.

- **Disque-saúde**

Implantar o Disque-Saúde, uma central telefônica gratuita que vai funcionar como canal direto de comunicação entre a sociedade e o Ministério da Saúde, para informações, sugestões, reclamações e denúncias. ■

ESTIMATIVA DE GASTOS PÚBLICOS COM A SAÚDE A PARTIR DE 1998

BRASIL - 1998

SISTEMAS DE SAÚDE	GASTOS EM R$ BILHÕES	%	GASTOS PER CAPITA EM R$
Federal	20.3	65	125
Estadual	6.2	20	38
Municipal	4.6	15	28
TOTAL	31.1	100	191

PROGRAMAS ESPECIAIS PARA GOVERNOS ESTADUAIS, MUNICIPAIS E PRESTADORES DE SERVIÇOS AO SUS.

Além dos recursos orçamentários do Tesouro, o Governo Federal está desenvolvendo uma série de ações importantes relativas à área de saúde, que contam com recursos externos, do FAT e do BNDES. Serão aplicados nesses programas R$ 1,1 bilhão durante 1997/98.

PROGRAMAS	ÓRGÃO FINANCIADOR	VALOR EM MILHÕES R$
1. Reequipar Unidades do SUS - REFORSUS	BIRD/BID	520.
	EXIMBANK-JAPÃO	100.
2. Reequipar Hospitais Universitários do MEC	DIVERSOS	100.
3. Qualificação dos Profissionais de Saúde	MTb/FAT	110.
4. Equipamentos para Ambulatórios e Hospitais do SUS		
Para Hemodiálise	BNDES	100.
Para Outros Procedimentos	BNDES	100.
5. Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS	BIRD	40.
6. Projeto Nordeste II	BIRD	30.
Total		1.100.

GRANDES NÚMEROS DA SAÚDE.

NÚMERO DE SERVIDORES

ATIVOS	Nº	%	%
Trabalhando no MS	72.553	56	
Cedidos aos gestores estaduais e municipais do SUS e a outros	57.234	44	
Total de servidores ativos	129.787	100	57
INATIVOS			
Total de aposentados e pensionistas	98.164		43
TOTAL DE SERVIDORES INCLUÍDOS NA FOLHA DE PAGAMENTO DO MS	227.951		100

ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1997

ESPECIFICAÇÃO GLOBAL

ESPECIFICAÇÃO	R$ MILHÕES	%
Pessoal e Encargos	4.555.9	22.5
Juros. Encargos e Amortização da Dívida	1.926.5	9.5
Despesas Correntes	12.533.8	62.0
Assistência Ambulatorial e Hospitalar	*9.447.0*	
Outros	*3.086.8*	
Investimentos	1.212.9	6.0
Inversões Financeiras	4.5	0.0
Total	20.233.6	100.0

ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1997

ESPECIFICAÇÃO POR ÓRGÃO

ÓRGÃO	R$ MILHÕES
Fundo Nacional de Saúde	16.427.9
Fundação Nacional de Saúde	2.728.6
CEME	628.5
FIOCRUZ	420.9
INAN	27.7
Total	20.233.6

ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1997

ESPECIFICAÇÃO POR PROGRAMAS SELECIONADOS

PROGRAMAS	ÓRGÃO*	R$ MILHÕES
1. Assistência Hospitalar e Ambulatorial (1)	FNS	9.447.0
2. Aquisição e Distribuição de Medicamentos (2)	CEME	600.0
3. Erradicação do *Aedes Aegypti*	FNS/FUNASA	440.0
4. Controle de Endemias	FUNASA	273.0
5. Saneamento Básico	FUNASA	211.1
6. Programa do Leite	FNS	200.0
7. Aquisição de Vacinas e Vacinação	FUNASA	194.1
8. REFORSUS	FNS	155.9
9. AIDS (3)	FNS	66.4
10. Vigilância Sanitária	FNS	60.0
11. Controle do Câncer Cérvico Uterino	FNS	50.4
12. Projeto Nordeste	FNS	37.4
13. Sangue e Hemoderivados	FNS	27.0
14. Produção de Imunobiológicos e Medicamentos	FIOCRUZ	19.6
15. Combate a Carências Nutricionais	INAN	14.5
16. Programas Diversos	Diversos	344.0
17. Emendas Parlamentares	Diversos	402.4

ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1997

APLICAÇÃO DA CPMF

PROGRAMAS	R$ MILHÕES	%
1. Assistência Médica e Hospitalar	3.378	63.5
2. Fundo de Amparo ao Trabalhador*	1.302	24.5
3. Combate à dengue / *Aedes aegypti*	240	4.5
4. Controle de endemias	150	3.0
5. Medicamentos	150	3.0
6. Combate à desnutrição infantil	90	1.5
Total	5.310	100

* Dívida de Empréstimo

INFORMAÇÃO SOBRE ALGUNS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SUS EM 1996

	EM MILHÕES
Nº de doses de vacinas aplicadas	48.5
Nº de procedimentos ambulatoriais	1.250.0
Nº de partos	2.8
Nº de consultas médicas	317.0
Nº de exames radiológicos	24.5
Nº de sessões de hemodiálise	3.8
Nº de internações hospitalares	12.5

DESPESAS COM A ASSISTÊNCIA

	R$ MILHÕES	%
Valor pago com ambulatório	4.234.2	52
Valor pago com internação	3.977.8	48
Gasto total com internação e ambulatório	8.212.0	100

é um órgão oficial da **Fundação Oswaldo Cruz**, editado pelo **Programa Radis** (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde), desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp). Jornalista Responsável: **Álvaro Nascimento** (Reg. Prof. MT/RJ 13/160); Periodicidade: Semestral; Tiragem: 40 mil exemplares; Distribuição: Correios; Assinatura: Grátis, em conjunto com a DADOS, SÚMULA e o JORNAL DO RADIS. Presidente da Fiocruz: **Elói Garcia**; Vice-Presidência de Informação, Comunicação e Ambiente: **Cecília Minayo;** Diretor da Ensp: **Adauto Araújo**; Coordenador e Editor do Radis: **Álvaro Nascimento**; Redação: **Rogério Lannes**; Programação Visual, Ilustração e Editoração Eletrônica: **Caco**; Informática: **Valéria Monteiro**; Revisão e Administração: **Jandira Vilhena**; Auxiliares Administrativos: **Marisa Aguiar e Marcos Aguiar**.

PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036, sala 515 - CEP 21040-361 - Rio de Janeiro.
Telefax (021)260.7979